

Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der
Gesundheitswissenschaften (Dr.PH)

durch die Fakultät der Gesundheitswissenschaften der
Universität Bielefeld

Rechtliche Strategien für die Tabakprävention
Eine kritische Analyse von rechtlichen Regelungen zum Schutz der
Gesundheit
am Beispiel der Tabakpräventionspolitik

Vorgelegt von Karl Klaus Henrichs - Willich – Anrath

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Klaus Hurrelmann
2. Gutachter: Herr Jun.Prof. Dr. Ullrich Bauer

Danksagung:

An jener Stelle ist es mir Bedürfnis, **Herrn Prof. Dr. Klaus Hurrelmann** meinen tief empfundenen Dank für die motivierende und fürsorgliche Begleitung der Dissertation auszusprechen. In zahlreichen Gesprächen fand er sich bereit, das Thema unter verschiedenen Aspekten mit mir zu diskutieren und wertvolle Denkanstöße zu vermitteln.

In dem er mir gestattete, die der Gesundheitswissenschaften eher ferne Thematik des Staats- und Verfassungsrechts in Verbindung mit sozialer Benachteiligung in das Thema der Dissertation einfließen zu lassen, verhalf er mir, Kenntnisse meines Erststudiums in die gesundheitswissenschaftliche Diskussion einzubringen. Sowohl für Überlassung des Dissertationsthema als auch für die Anregungen zu sozialindizierten Rechtsauslegung des Grundgesetzes habe ich Dank zu sagen.

Bei **Herrn Jun.Prof. Dr. Ullrich Bauer** möchte ich mich bedanken, dass er während meiner Studienzeit zum MPH und danach mein Interesse an der Problematik der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit weckte, das schließlich zu diesem Dissertationsvorhaben führte.

K.H.

Meiner Mutter und dem ehrenden Andenken meiner Großmutter gewidmet.

K.H

Rechtliche Strategien für die Tabakprävention

Eine kritische Analyse von rechtlichen Regelungen zum Schutz der Gesundheit am Beispiel der Tabakpräventionspolitik in Deutschland

Abkürzungsverzeichnis	I
Schaubildübersicht	II
<u>Vorwort:</u>	1 - 5
<u>1. Tabakkonsum – Dimensionen eines gesundheitlichen Problems</u>	(6 – 52)
1.1 Tabakkonsum – Verankerung in der Gesellschaft	6 - 16
1.2 Rauchen - die Folgen im gesellschaftlichen Kontext und rechtlicher Handlungsbedarf	16 - 25
1.3 Rauchen als Folge sozialer Benachteiligung im modernen Staat	25 - 34
1.3.1 Fehlende soziale Teilhabe und Tabakkonsum	34 - 47
1.3.2 Rauchen - Eigenverantwortlichkeit und sozial determinierte Anpassung	47 - 52
<u>2. Tabakprävention und soziale Determinierung des Rauchens</u>	(53 – 84)
2.1 Grundsätze der deutschen Tabakpräventionspolitik	54 - 61
2.2 Handlungsziele und Auswirkungen auf sozial Benachteiligte	61 - 63
2.2.1 Verfügbarkeitsverringering – weniger Raucher in allen Milieus?	63 - 68
2.2.2 Sozial Benachteiligte und die Kompetenzförderung	68 - 78
2.2.3 Soziale Kontrolle gegen das Rauchen in sozial benachteiligten Milieus?	78 – 80
2.3 Gesellschaftliche Vorteile der „Eigenverantwortung“	80 - 84
<u>3. Rechtliche Strategien gegen gesundheitliche Benachteiligung bei der Tabakprävention</u>	(85 – 182)
3.1 Direktes Vorgehen gegen soziale Benachteiligung nach Sozialstaatsprinzip	93 - 100
3.2 Indirektes Vorgehen gegen die gesundheitlichen Folgen der sozialen Benachteiligung	100 - 110
3.3. Recht auf effektiven Schutz der Gesundheit nach Artikel 2 II GG	110 - 115
3.3.1 Rechtsverbindlicher Verzicht auf staatlichen Schutz durch Selbstschädigung des Rauchers?	115 - 130
3.3.2 Konkreter Inhalt des Anspruches auf präventiven Schutz durch den Staat	130 - 138
3.3.3 Zwischenergebnis zum Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 II GG	138 - 142
3.4. Anspruch auf Gleichstellung aller Raucher nach Artikel 3I GG	142 - 150
3.4.1 Raucher – je nach sozialer Herkunft rechtlich ungleiche Sachverhalte?	150 - 157
3.4.2 Rechtfertigungsgrund für die Gleichbehandlung in der Prävention	157 - 159

3.4.3	<i>Förderung sozial Benachteiligter und Verbot der Bevorzugung wegen sozialer Herkunft</i>	159 - 161
3.4.4	<i>Konkreter Inhalt bei Gleichheitsrechten und Einschätzungsprärogative</i>	161 - 163
3.4.5	<i>Zwischenergebnis zum Recht auf Gleichheit in der Tabakprävention</i>	163 - 164
3.5	<i>Einwände aus konkurrierenden Grundrechten gegen die ursachenbezogene Prävention</i>	164 - 167
3.5.1	<i>Berufs und Gewerbefreiheit und Verlust der Rentabilität (Art. 12, 14 GG)</i>	167 - 170
3.5.2	<i>Allgemeine Handlungsfreiheit (Art.2 GG) der sozial benachteiligten Raucher</i>	170 - 171
3.5.3	<i>Staatliche Intervention und Erziehungsprimat der Eltern nach Artikel 6 GG.</i>	172 - 178
3.6	<i>Zusammenfassung zu den rechtlichen Strategien</i>	178 -182
4.	<u>Konzeptvorschlag zum Vollzug der Grundrechte sozial Benachteiligter</u>	(183 – 244)
4.1	<i>Phase der Willensbildung - Schaffen von gesellschaftlicher Akzeptanz</i>	183 – 206
4.2	<i>Systemgestaltung zum fördernden Umgang mit Benachteiligung</i>	206 – 212
4.2.1.	<i>Zugangsschwernisse zu Tabakerzeugnissen</i>	212 - 215
4.2.2	<i>Lückenloser Nichtraucherchutz in allen Lebensbereichen – Nichtraucher als Norm</i>	215- 216
4.2.3	<i>Bildung als Schlüsselqualifikation</i>	216 - 220
4.2.4	<i>Umgestaltung des Gesundheitssystems</i>	220 - 222
4.2.5	<i>Gesunde Umfeldgestaltung – keine Wohnghettos</i>	222
4.2..6.	<i>Paradigmenwechsel im Sozialrecht</i>	222 – 224
4.3	<i>Begleitende Kompetenzförderung als Kindeswohl nach Artikel 6 GG</i>	224 - 227
4.3.1	<i>Neudefinition des Kindeswohls</i>	227 - 231
4.3.2	<i>Förderung lebzeitiger Anpassung</i>	231 - 232
4.4	<i>Föderalismus und die gesundheitliche Förderung sozial Benachteiligter</i>	233 - 239
4.5	<i>Zusammenfassung zum Konzeptvorschlag</i>	239 – 244
	<u>Schlussbetrachtung und Ausblick</u>	245 – 251

Anhang:

Literaturverzeichnis

III

Versicherung

IV

I.

Abkürzungsverzeichnis:

AK	Alternativkommentar des Bonner Grundgesetzes
Art.	Artikel des Grundgesetzes: Zitierweise mit Abschnitt in röm. Ziffer. Beispiel: Art. 1 III GG , d.h. dritter Abschnitt des Art.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSHG	Bundessozialhilfegesetz.
BVerfG	Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe
BVerfGE	Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes in amtlichen Bänden – zit. nach Band, Entscheidungssatz und Fundseite Beispiel: 10, 12/13
BVerwGE	Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes in amtlichen Bänden. Zitierweise siehe BVerfGE
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DöV	Die öffentliche Verwaltung – juristische Zeitung für Verwaltungsrecht
DR	Dreier (Hg.) Kommentar zum Grundgesetz – zit. Autor, DR und Artikel
EuGH	Europäischer Gerichtshof in Straßburg
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HbStR	Handbuch des Staatsrechtes der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) Isensee/ Kirchhof
JuS	Juristische Schulung – juristische Zeitung für Rechtswissenschaft – zit. Autor, JuS und Seite
JZ	Juristenzeitung- zit. mit Jahr und Seite
MK	Kommentar zum Grundgesetz- v. Münch/ Kunig (Hg.) – zit. Autor, MK und Artikel
MKS	Das Bonner Grundgesetz – Mangold/ Klein/ Starck (Hg.) – zit. Autor, MKS und Artikel

MD	Maunz/ Dürig (Hg.) Kommentar zum Grundgesetz– zit. Autor, MD und Artikel
Rz.	Randziffer oder Randnummer
SA	Sachs (Hg.) Kommentar zum Grundgesetz – zit. Autor, SA und Artikel
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit – juristische Zeitschrift
StGB	Strafgesetzbuch
Vorb.	Vorbemerkungen in Form einleitender Erläuterungen zu einen Artikel des Grundgesetzes innerhalb einer Kommentierung

II.

Übersicht der Schaubilder:

Seite

(Schaubild 1: Unterschiedliche Schwierigkeitsgrade zwischen Fortfahren und Aufgeben des Rauchens)	15
(Übersicht 2: objektive Bedingungen der sozialen Benachteiligung in der Klassengesellschaft)	29
(Schaubild 3: Lebensstil als Ergebnis zwischen sozioökonomischer Lage und Wahlfreiheit)	32
(Schaubild 4: Modifizierte Graphik: Lebensstil als Konsequenz und Grundlage der sozialen Lage)	33
(Schaubild 5: Gegenseitige Beeinflussung Kompetenzbildung und soziale Lebensbedingungen)	44
(Schaubild 6: Ventile für den Identitätsdruck)	45
(Schaubild 7: Der Gesundheitsvertrag zwischen Individuum und Gemeinschaft)	49
(Übersicht 8: Ansatzpunkte der Tabakprävention und gewünschte Effekte)	62
(Schaubild 9: Kompetenzminderung durch Lebensumstände bei der Mittelschicht)	76
(Schaubild 10: Verlustfaktor bei Kompetenzen durch Lebensumstände der unteren Milieus)	77
(Schaubild 11: Überblick über die Gestaltungsmöglichkeiten aus dem GG)	90
(Schaubild 12: <u>ganzseitig</u> : Gesamtübersicht über rechtliche Gedanken und Subsumptionsprobleme)	93
(Schaubild 13: Ansätze rechtlicher Strategien gegen die soziale Benachteiligung – Direktes Vorgehen)	94
(Schaubild 14: Theoretische Gestaltungsmöglichkeiten eines sozial agierenden Staates)	96
(Übersicht 15: Rechtliche Strategien gegen die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung aus den Grundrechten)	101
(Schaubild 16: Die Funktion der Grundrechte für den Einzelnen und für den Staat)	102
(Schaubild 17: Staatliche Handlungspflichten zur grundgesetzlichen Freiraumgewährleistung)	104
(Schaubild 18: Tatsächliche Problematiken der Raucher aus sozial benachteiligten Milieus)	106
(Schaubild 19: Argumente für grundgesetzliche Strategien)	107
(Überblick 20: Rechtliche Struktur und Tatbestandsmerkmale der grundrechtlichen Strategien)	109
(Schaubild 21: Tatbestandsmerkmale eines rechtswirksamen Verzichtes auf staatlichen Grundrechtsschutz)	117
(Schaubild 22: Die möglichen Grade der Entscheidungsbeeinflussung und ihre Rechtsfolgen)	122
(Schaubild 23: Abgrenzungsmerkmale von freien und fremdbestimmten Entscheidungen)	124
(Schaubild 24: Merkmale der willentlichen Haltung des Staates zur sozialen Benachteiligung)	126
(Schaubild 25: Handlungsalternativen des Staates bei sozialer Ungleichheit und die Sicht des GG)	132
(Schaubild 26: Wechselwirkungen von sozialer Lage, Kompetenzentwicklung und Effekte der Kompetenzförderung)	140
(Schaubild 27: Rechtliche Bewertungen von Ergänzungen in der Tabakpräventionspolitik)	145
(Schaubild 28: Die Voraussetzungen des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes)	148
(Schaubild 29: Mögliche rechtliche Ungleichheit der Raucher)	151
(Schaubild 30: Vorschlag eines Oberbegriffes für die verschiedenen Konsumgründe bei Rauchern)	156
(Schaubild 31: Ansatzpunkte für konkurrierende Verfassungsrechte)	166
(Schaubild 32: Zusammenspiel zwischen Eltern und Staat zum Wohle des Kindes)	173
(Schaubild 33: Unterschiedliche Wirksamkeit von direktem zum indirektem Präventionsdurchgriff)	186
Schaubild 34: <u>ganzseitig</u> : Die vier zeitlichen Phasen des Konzeptvorschlages.....-.....)	191
(Schaubild 35: Kompetenzschulung und künftige soziale Verantwortung in der Schulausbildung)	199
(Schaubild 36: Themenschwerpunkt bei der Bewusstseinsformung)	204
(Schaubild 37: Direktes und indirektes Kompetenzfördern in den Sozialisationssettings)	225
(Schaubild 38: Möglichkeiten der grundgesetzlichen Verankerung von ressortübergreifender Prävention)	234
(Schaubild 39: Nationale Aufgabe der sozialen Gesundheitsförderung a.B. des Verfahrens für die Bundespräsidentenwahl)	238
(Schaubild 40: Wechselwirkung des Konzeptvorschlages im Zeitablauf)	242

Vorwort:

Rauchen als gesundheitliches Problem ist schon mehr als 30 Jahre in den Fokus gesundheitspolitischer Bemühungen gerückt worden. Regelungen, die die Gefahren durch das Inhalieren des Tabakrauches reduzieren sollen, wurden dabei vor allem zum **Schutz der unfreiwillig inhalierenden Nichtraucher** in den letzten Jahren verschärft. Einhergehend mit Verboten für die Raucher, die sie neben motivatorische Interventionen zum Nichtrauchen anhalten sollten, ist die Tabakpräventionspolitik eine Konstante der Gesundheitsvorsorge.

Eine **soziale Polarität in der Verbreitung des Rauchens** in der Bevölkerung, die daraus entsteht, dass Raucher aus bestimmten sozialen Milieus von den staatlichen Unterstützungen zum Nichtrauchen weniger profitieren, möchte ich zum Anlass nehmen, über (Grund)Rechte dieser „benachteiligten“ Raucher nachzudenken.

Von Interesse ist nicht die Annahme eines Rechtes auf Rauchen, sondern die Teilhabe aller Raucher, gleich welcher sozialen Herkunft, an der staatlichen Nichtraucherförderung innerhalb der Tabakpräventionspolitik. Auch Menschen, mit sozial prekären Lebenslagen, die bislang nicht durch die Tabakprävention erreicht wurden, sollte ein Recht auf Nichtrauchen und damit auf Schutz ihrer Gesundheit zustehen.

Der **Zusammenhang von Tabakgenuss und sozialer Lage** ist belegt. Allerdings hat es eine Berücksichtigung dieser Erkenntnis in der Tabakpräventionspolitik dennoch nicht gegeben. Vielmehr bleibt es bei der Grundannahme in der Präventionspolitik, Rauchen sei ausschließlich eine freie willentliche Entscheidung, welche allein durch Willensumkehr zum Nichtrauchen „erzogen“ werden könne.

Dabei ist eher eine Verstärkung der sozialen Polarität des Rauchens durch profitierende und nicht profitierende Milieus infolge staatlicher Intervention zu befürchten.

Aus diesem Grunde entschied ich mich für das Phänomen des Tabakkonsums als der Präzedenzfall für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Benachteiligung durch die Gesellschaft. Eine Ursachenkette, die im Rahmen der wachsenden Erkenntnis der **Notwendigkeit der gezielten Förderung** benachteiligter Milieus, immer mehr Beachtung findet, wenn auch in anderer Hinsicht. Im Rahmen der Migrantenintegration beginnt die Politik eine gesellschaftliche Mitverantwortung im Sinne eines Verursacherprinzips zaghaft anzuerkennen.

Ausgehend von der Annahme, dass das Grundgesetz staatliches Handeln im Sozialstaat regelt und Chancengleichheit für alle Menschen in Deutschland sicherstellen will, halte ich dieses Verhalten des Staates, die Nutzungsmöglichkeit der Nichtraucherförderung von sozialer Herkunft abhängig werden zu lassen, gegenüber den sozial Benachteiligten unter den Rauchern für nicht mit dem Geist des Grundgesetzes vereinbar.

Schutz der Gesundheit ist eine Aufgabe des Staates, die nicht nach sozialen Kriterien dispositiv sein darf. Wenn der Staat durch die **gesellschaftliche Duldung sozialer Benachteiligung** zugleich auch die damit verbundene Konsequenz gesundheitlicher Beeinträchtigungen verursachen sollte, müsste er auch verpflichtet werden können, diesen von ihm gesetzten Gefahren für die Gesundheit der Betroffenen effektiv entgegenzutreten. Dass es sich auch um eine Willensentscheidung der Betroffenen in den sozial benachteiligten Milieus handelt, kann ihnen meines Erachtens nicht entgegengehalten werden, wenn diese Entscheidung zu rauchen als wahrscheinliche Konsequenz eben dieser staatlich geduldeten sozialen Benachteiligung entsteht. Indem das Verhalten der Betroffenen mit in den gesellschaftlichen Vorsatz der Duldung sozialer Benachteiligung einbezogen werden kann.

Das deutsche Recht kennt Tatbestände, in denen willentlich hervorgerufene Entscheidungen eines anderen dem Verursacher der Entscheidungssituation zugerechnet werden und nicht dem Entscheidenden selbst. Dies könnte auch im Fall der Verkettung von sozialer Herkunft und Rauchverhalten der Fall sein.

Deshalb will ich in **kritischer Auseinandersetzung mit den Wertungen des Grundgesetzes** prüfen, ob das „Ablehnen“ von staatlicher Verursachungsverantwortung für die Raucherentscheidung einerseits und das Festhalten beim Ansatz der ausschließlich freien Entscheidung des Rauchers in der Tabakprävention andererseits gegen grundrechtliche Prinzipien verstößt.

Wäre dies der Fall, bestände ein grundgesetzlicher Schutzanspruch gegen den Staat, diese von ihm gesetzten sozialen Ursachen des Rauchens in die Gestaltung der Tabakpräventionspolitik einzubeziehen, um diesen **verfassungsrechtlichen Auftrag** zur Schaffung von Chancengleichheit im Sozialstaat gerecht zu werden.

Zunächst möchte ich den Tabakkonsum aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht untersuchen, um im Anschluss auf den konkreten Zusammenhang von Rauchen und sozialer Benachteiligung näher einzugehen. In diesem Rahmen ist eine kurze Analyse erforderlich, welche Ursachen und Auswirkungen soziale

Benachteiligungen im modernen Sozialstaat mit dem Ziel der Chancengleichheit haben können.

Nach der Darstellung des deutschen Systems der Tabakprävention möchte ich dann prüfen, inwieweit und wiefern das Verhalten des Staates in der Tabakpräventionspolitik konkret gegen Prinzipien des Grundgesetz (GG) verstößt.

Ausgehend vom **Verfassungsgrundsatz des Sozialstaates**, das in der gesellschaftlichen Ordnung Chancengleichheit garantieren soll, untersuche ich, ob der Staat schon daraus direkt verpflichtet werden kann, gegen soziale Unterschiede als solche vorzugehen. Wenn dies so wäre, müsste er damit die für die Entscheidung gegen das Nichtrauchen auslösenden sozialen Benachteiligungen in den benachteiligten Milieus zu minimieren.

Sollte sich aus dem allgemeinen Prinzip kein konkretes Recht ableiten lassen, bliebe der indirekte Weg über die grundrechtlichen Schutzpflichten des Staates.

Schließlich hat die Tabakprävention den **Schutz vor körperlichen Beeinträchtigungen** zu Ziel.

Ebenso erscheint es mir denkbar, durch die undifferenzierte Gleichbehandlung aller Raucher mit und ohne sozial benachteiligte Herkunft, dass das **Recht auf Gleichbehandlung** verletzt sein könnte.

Am Ende der Analyse kann **keine allgemeinverbindliche rechtliche Lehrmeinung** stehen. Ziel der Bearbeitung ist vielmehr, den Nachweis zu erbringen, wie unter anderer Lesart der Verfassungsprinzipien des GG, die aktuelle staatliche Tabakpräventionspolitik gegen den Auftrag des Grundgesetzes verstoßen kann. Als Grundlage für die Überprüfung dieser These werden bewusst sowohl z. T. ältere gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse mit etablierten Rechtssetzungen bzw. Rechtssprechungen in Bezug gesetzt. Lediglich die Auslegung soll in eine bestimmte Richtung verändert werden. Die bisweilen stereotyp herunter geleierte Aussage, im Sozialstaat gäbe es halt Benachteiligungen, soll zumindest relativiert werden

Nach der Überprüfung der These, dass die Herleitung einer staatlichen Verpflichtung aus dem Grundgesetz, soziale Ursachen in die Tabakpräventionsgestaltung aufzunehmen, verfassungskonform wäre, bleibt die Frage nach der konkreten Anpassung an das bestehende System.

Deshalb soll versucht werden, eine dem demokratischen Prozess angelehnte Beschreibung eines **Vollzugskonzeptes für die nach sozialer Lesart ausgelegte**

Verfassungsverpflichtung der Gesellschaft auf Förderung der sozial Benachteiligten zu entwerfen.

Verbote und Beschränkungen sollten daher nicht die alleinige Erfüllung eines grundgesetzlichen Auftrages gegenüber Menschen sein, wenn sie auf Grund sozialer Strukturen in der deutschen Gesellschaft besonders oft in der Lebensgestaltung auf Tabakkonsum aus ihrer Sicht vermeintlich angewiesen sind.

Ein kurzer Blick auf Problembewältigung in anderen Staaten am strukturellen Ort der Bearbeitung soll die Abgrenzung, der sich bietenden Möglichkeiten im Bezug auf die grundgesetzliche Stellung des Staates, untermauern helfen. Ein Beispiel können die USA sein, wo die Solidargemeinschaft sich auf eine ultraliberale Position eines „Nachtwächterstaates“ beruft und die absolute Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen nach dem Verfassungsauftrag auch akzentuieren darf. Oder aber die Niederlande, die sich in Drogenpräventionspolitik und der Handhabung sozialer Probleme in ihrer Liberalität deutlich von Deutschland unterscheiden.

In diesem Spannungsfeld zwischen Anerkennung sozialer Verantwortung und Zuweisung von Eigenverantwortlichkeit befindet sich Deutschland aktuell.

Gesundheit ist zwar explizit im GG nicht als Grundrecht genannt. Aber ihr Schutz durch den Staat ergibt sich meiner Ansicht nach aus den umfassenden sozialen Schutz- und Gleichstellungsaufträgen an den Staat.

Dieses Recht auf Gesundheit nach den Regelungen des Grundgesetzes darzulegen, ist ein Ziel dieser Arbeit.

Eine Annahme, die zwei Komponenten umfasst.

Erstens haben sozial Benachteiligte den Anspruch auf Schutz ihrer Gesundheit.

Zweitens korreliert dieser Anspruch mit der Verpflichtung der Gesellschaft, ihnen diesen Schutz zu gewährleisten.

Ein weiteres Ziel, nach Auslegen der Regelungen des Grundgesetzes, besteht in einer Formulierung eines groben Umrisses zu einem Vorschlag, wie ein solcher aus dem GG hergeleiteter Anspruch im deutschen Gesellschaftssystem umgesetzt werden könnte. An dieser Stelle werden **systemerhaltende Aspekte** diskutiert werden müssen, die meines Erachtens aktuell das Übergehen der Rechte der sozial benachteiligten Raucher auf gesundheitlichen Schutz fördern und künftig einer Berücksichtigung ihrer Rechte hemmend gegenüber stehen werden.

Diese gälte es zu überwinden, damit Rauchen als das in der Gesellschaft erscheint, was es ist. Ein Problem der Gesellschaft! Ein Problem für die Gesellschaft!

Und nicht ausschließlich ein privates Gesundheitsrisiko des einzelnen Rauchers.

Wünschenswerte Effekte der Analyse wären unter anderem, die Stärkung der interdisziplinären Betrachtung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen auch aus juristischer Sicht anzuregen und Anlass für eine noch insistierendere gesundheitswissenschaftliche Diskussion über soziale Teilhaberechte zu geben.

Zur Verdeutlichung des Argumentationsganges und der juristischen Abgrenzungsfragen zu den jeweiligen Tatbestandsmerkmalen sind Pfeildiagramme eingefügt. Synoptische Übersichten sollen den Einstieg in verschiedenen Sichtweisen der Rechtsauslegung erleichtern.

1. Tabakkonsum – Dimensionen eines gesundheitlichen Problems

Tabakkonsum ist mehr als eine **gesundheitsschädliche Angewohnheit**, die zu erheblichen Krankheiten und frühzeitigem Tod führen kann. Vielmehr verursacht er auch erhebliche Volkswirtschaftsschäden.

Nach Schätzung der EU verursacht jede Schachtel Zigaretten Folgeschäden in Höhe von 39 Euro, die Einnahmen der Tabaksteuer bereits abgezogen.

Ein erfolgreiches Intervenieren gegen den Tabakkonsum lohnt sich daher nicht nur für die Gesundheit des Einzelnen, sondern bringt volkswirtschaftlich erhebliche Vorteile für die Gemeinschaft selbst. Dieser sollte daher daran gelegen sein, den Tabakkonsum effektiv zurückzudrängen.

Zunächst möchte ich die Folgen des Tabakkonsums für die Gesundheit sowohl des Einzelnen als auch für die **Gesundheit der Bevölkerung** im Allgemeinen darstellen.

Dabei werde ich besonders auf die Konsequenzen für das Sozialsystem Bezug nehmen, welches durch effektive Tabakpräventionspolitik weitaus mehr Vorteile erränge als die Tabaksteuer als Einnahmequelle einbringt.

Leider scheint das zu oft noch ein Argument zu sein, dem Tabakkonsum auch positive Effekte für den Staat zu zuschreiben. Eine kurzsichtige Ansicht, die heutigen Steuereinnahmen werden mit künftigen **volkswirtschaftlichen Einbußen** erkaufte. Rauchen bleibt neben einem Problem für den Einzelnen, auch eines der sozialen Gemeinschaft.

1.1 Der Tabakkonsum und seine Verankerung in der Gesellschaft

Noch vor 500 Jahren waren die Tabakpflanze sowie der „Genuss“ ihrer Blätter in Europa noch unbekannt. Erst die spanischen Conquistadores brachten die Pflanze und auch die Sitte des „Tabaktrinkens“, beides hatten sie bei den Ureinwohnern Südamerikas kennen gelernt, nach Europa.

In der Folgezeit galt Tabak als Heilpflanze gegen diverse Leiden (Horn, 2001).

Später reüssierte der Tabakgenuss zum **Privileg der Reichen** und Adeligen. Bis auf Seefahrer waren nur sie in der Lage, sich die noch kostspieligen Blätter zu beschaffen.

Der Wandel trat erst in der Zeit nach der französischen Revolution ein. Tabak fand größere **Verbreitung in anderen Bevölkerungsschichten**. Schon im frühen 19ten Jahrhundert war in Deutschland in Bürgerkreisen allgemein verbreitet.¹

Zur Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert avancierte der Tabakkonsum mit der Erfindung der billigen industriell gefertigten Zigarette zum salonfähigen extravagantesten, allzeit möglichen Vergnügen, auch für Frauen (Horn, 2001).² Das Rauchen für Männer war Dank der preiswerten Zigarette bei allen Gelegenheiten ohne größere Vorbereitungsrituale möglich und auch allgemein akzeptiert. Zigaretten ersetzten in den Kriegs- und Nachkriegszeiten sogar die Geldwährung.

Hinzutritt ein von Hurrelmann beschriebener „**instrumenteller Nutzen**“ des **Rauchens** schon in frühen Lebensjahren. Rauchen diene als Ventil, um den Druck der Bewältigungsanforderungen des Lebens subjektiv erträglicher zu machen. Je schwieriger diese sind, desto höher werde die Gefahr, sich solcher scheinbaren Entlastungen zu bedienen, um subjektiv dem Druck besser gewachsen zu sein (Hurrelmann, 1998).

Wie bei Hurrelmann und Unverzagt in einem Ratgeber für Eltern und Erzieher beschrieben, ist Tabak nach wie vor ein weit verbreitetes „Genussmittel“ ungeachtet seines Gefahrenpotentials, diese Klassifikation als **Genussmittel** ist signifikant für jene Drogen, die als gesellschaftlich akzeptiert eine große Verbreitung finden (Hurrelmann & Unverzagt 2000). Darin stehen Tabak und Alkohol als hochtoxische Zellgifte, die unter den Konsumenten Jahr für Jahr viele Todesopfer fordern, auf rechtlich und in der Ansicht der Bevölkerung gleicher Stufe mit den eher harmlosen Aufgüssen aus **Kaffee, Kakao, schwarzem und grünem Tee**.³

¹ An einigen Wirtshäusern in Frankreich informierte damals ein Schild den eintretenden Bürger, „Bürger! Hier darf geraucht werden“, über die neu erworbenen Gleichheit zumindest aller Männer im Volk. Dennoch galt der **Tabakkonsum als männliches Attribut**, das mit Souveränität und angemessenem Lebensgenuss in Zusammenhang gesehen wurde.

² Sie blieben zunächst aber weit in der Minderheit, da sich rauchende Frauen vor allem in konservativen Kreisen keiner großen Toleranz erfreuten. Sie wurden in der Öffentlichkeit als anrühlich erachtet.

³ Hieran zeigt sich die Widersprüchlichkeit der rechtlichen Differenzierung zwischen Genussmittel und Droge. Eine Trennlinie zur Gefährlichkeit kann es nicht sein, da Tabak und Alkohol rechtlich mit harmlosen Substanzen gleichgestellt werden, zumindest für Personen über 16 Jahre.

Lungenkrebs, die heute noch häufigste Krebserkrankung der Männer, galt bis noch vor 30 Jahren als die typische Männerkrankheit. Frauen mit einem tabakindizierten Bronchialkarzinom waren bis vor einigen Jahren noch absolute Ausnahmen.

Im Gegensatz zu heute, wo sich eine andere **Entwicklung im Rauchverhalten** zu einer anderen Verteilung der dadurch verursachten Erkrankungen in der Bevölkerung abzeichnet (Kraus & Augustin 2001; BZgA 2001; Statistisches Bundesamt 2001). Demnach sind Frauen zunehmend von dieser „männlichen“ Krebsart betroffen.

Seit langem bekannte Gesundheitsfolgen für den Einzelnen

In Deutschland starben pro Jahr 110. 000 bis 140.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums (Welte et al, 2000; Ruff et al. 2000). Dies entspricht einer Sterberate von über **350 Menschen pro Tag**.

Jede Einrichtung oder jedes andere Verhalten, das jährlich so viele Menschenleben unmittelbar fordert, wäre im Sinne der Schutzpflicht bereits gesetzlich verboten worden. Beim Tabakkonsum manifestiert sich die Schädigung leider erst später, so dass Raucher für die Erkenntnis des direkten Zusammenhangs, trotz verbreitetem Wissen um die Gefahren, eher blind sind. Leider ist es auch die Gesellschaft, die sich scheinbar schwer tut, Krankheiten und Rauchen nach vielen „gesunden“ Jahren objektiv als Ursache zu zurechnen und entsprechend vorbeugend zu reagieren.

Der Tabakkonsum, als der **bedeutsamste Einzelrisikofaktor** für die Gesundheit, ist neben Ursache von vaskulären Schäden und koronarer Ischämie auch verantwortlich für die Entstehung von 14 verschiedenen Krebsarten in 7 unterschiedlichen Organen bzw. Organsystemen (Boyle, 1997; Becker & Wahrendorf, 1998). Auf Letalität bezogen stellt Rauchen eine bedeutsame Ursache für über 40 verschiedene Krankheiten dar, unter ihnen ist eine Reihe schwerwiegender letal verlaufender Erkrankungen (Doll, 2000 : 322).

Die durch den Tabakkonsum (mit)verursachten Krebserkrankungen liegen an zweiter Stelle der Sterbeursachenstatistik.

Trotzdem liegt raucht rund jeder Dritte Deutsche im Erwachsenenalter. Der durchschnittliche Raucheranteil der erwachsenen Bevölkerung lag im Jahr 2000 bei den 18 bis 59 Jährigen bei 35% (Kraus & Augustin, 2001).

Während bei den älteren Altersgruppen die Männer deutlich mehr rauchen als Frauen (36%/28%), hat sich die Rate der rauchenden Frauen bei den 18- bis 29jährigen der Quote der Männer angeglichen und lag nach den Ergebnissen des

Gesundheitssurveys von 1998 schon auf fast gleichem hohem Niveau mit 48% bei den Männern und 46% bei den Frauen (Junge & Nagel, 2000: 125).

Außer bei beruflichen Expositionen (Asbest, Chemikalien, radioaktive Substanzen etc.) lag im Jahr 2000 der Zigarettenraucheranteil bei an Bronchialkarzinom erkrankten Männern über 90%, der Anteil der weiblichen Erkrankungsfälle, die auf das Rauchen zurückzuführen sind, beträgt 76% mit steigender Tendenz (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001)

Der überwiegende Anteil (87%) dieser Raucher raucht täglich und ein Anteil von 15% gilt mit einem täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten gemäß WHO-Definition als starker Raucher (Statistisches Bundesamt, 2001).

Raucherkarrieren und die Konsequenzen

Die Mehrzahl der **Raucherkarrieren** beginnt bereits lange vor dem Erwachsenwerden. In der Altersgruppe der 12- 20 Jährigen bezeichnen sich 38% der Befragten als Raucher, die meisten begannen mit 11 bis 12 Jahren mit dem Rauchen, wobei der Beginn mit dem regelmäßigen Tabakkonsum in den sozialen Brennpunkten großer Ballungsräume noch früher liegt. (BZgA 2001). In diesen Altersgruppen sind auch die größten Zuwächse zu verzeichnen. Während bei den 12 bis 13 Jährigen der Raucheranteil noch bei 10% liegt, verdreifacht er sich bei den 14 bis 15 jährigen Jugendlichen auf über 30%. Ebenso sprunghaft wächst der Zigarettenkonsum und mit ihm die Gesundheitsgefährdung, das Risiko, an einer letalen Erkrankung zu versterben, vervielfacht sich mit jedem Anstieg des Zigarettenkonsums.

Zusammengefasst bedeutet dies: Mit zunehmenden Jugendalter und sozialem Brennpunkt steigt der Anteil der Frühraucher antiproportional an.

Lag der Anteil der starken Raucher 1998 bei den Jugendlichen bis 13 Jahren bei 5%, stieg er auf 29% bei den 20 bis 21 Jährigen an (BZgA 2001). Die Anzahl der „Frühraucher“ in Deutschland stagniert seit 1991 auf hohem Niveau, wenn man die Anteile der Nieraucher gegen den rückläufigen Anteil der Ex-Raucher in Relation setzt (BZgA 2001).

Die Hälfte der langjährigen Raucher stirbt vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums (Thun; Myers; Day-Lally et al 1997). Von diesen vorzeitigen Todesfällen treten 50% in mittleren Jahren bis zum 59. Lebensjahr ein. Wenn man demnach eine mittlere Entstehungszeit eines Bronchialkrebses oder einer akuten

koronaren Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz) von etwa 30 Jahren zugrundelegt, erhöht sich das Risiko, dass sich die zu erwartende Lebenserwartung eines rauchenden Jugendlichen bei Beibehaltung des Tabakkonsums von 75 bis 80 Lebensjahre auf ca. 50 Lebensjahre reduziert. Diese um erhebliche Jahrzehnte verringerte Lebensspanne würde dann oft noch mit den intensiv behandlungsbedürftigen chronischen Beeinträchtigungen eines Raucherlebens (Raucherhusten, Raucherbein, chronische Bronchitis, COPD etc) durchlebt werden.

Während ein Nichtraucher schon in den 1990er Jahren mit einer Wahrscheinlichkeit von 70% sein 70. Lebensjahr vollenden konnte, gelang es den Rauchern nur zu 50 %, beim Erleben des hochbetagten 85. Lebensjahres standen die Wahrscheinlichkeiten sogar mit 33% zu 8% zugunsten des Nichtrauchers noch extremer zu einander (Doll; Peto; Wheatley et al. 1994).

Anders als andere riskante gesundheitliche Verhaltensweisen ist der Konsum von Tabak zusätzlich eine **gesundheitliche Gefährdung der Mitmenschen** in der Umgebung des Rauchers, die den Tabakrauch und dessen toxischen Inhaltsstoffe einatmen müssen (Passivrauchen). Über unfreiwillige Inhalation von Tabakrauch klagten 55% der erwachsenen Nichtraucher in Deutschland (Junge, 2001).

Rund die Hälfte aller Kinder in Deutschland sind täglich in erheblichem Masse den Inhaltsstoffen des Tabakrauches passivexponiert (Statistisches Bundesamt 1996).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass nicht nur der Anteil der rauchenden Bevölkerung von 30 – 40% gefährdet ist, frühzeitig an den Folgen des Tabakkonsums zu erkranken oder zu versterben, sondern auch der Nichtraucher, der in erheblichem Maße unfreiwillig dieses Risiko mitträgt, ohne je selbst eine Zigarette geraucht zu haben. Schon in den 1990er Jahren wurde diese Zahl der nichtrauchenden Opfer auf etwa 400 Nichtraucher jährlich geschätzt, die an tabakinduziertem Bronchialkarzinom sterben (Becker & Warendorf, 1998). Das Risiko einer Lungenkrebserkrankung erhöht sich z.B. bei Ehepartnern von Rauchern um 30%, das Risiko am „Raucher – Arbeitsplatz“ immerhin um 16% -20% (International Agency for Research on Cancer, 2002). Zusätzlich bedarf es bei Beurteilung des Gesamtrisikos des Rauchens auch anderer Parameter als nur der Raucherprävalenz, wie zum Beispiel der Nichtrauchergefährdung, deren Beachtung immer mehr an Bedeutung gewinnt, um die tatsächliche Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung widerzuspiegeln.

Nicht für jeden Raucher verwirklicht sich das Risiko, im Laufe seines Lebens an einem **Lungenkarzinom** oder einer **koronaren Herzerkrankung** zu erkranken. Aber es beginnt schon beim Eintritt in das Raucherdasein für die meisten Raucher eine gesundheitliche Veränderung. Diese Veränderung, die vom Betroffenen meist nicht als pathologisch betrachtet wird, wenn sie überhaupt registriert werden sollte, entspricht aber in seiner extremsten Form schon objektiv einem anerkannten und behandlungsbedürftigen Krankheitsbild, der Nikotinabhängigkeit (ICD F.10-17.2) oder zumindest dem des schädliche Gebrauchs (ICD F.10-17.1) (Bühringer & Bühler, 2004: 179): Sie ist die erste schwerwiegende Folge des Rauchens, die eine weitere Ursachenkette in Gang setzt, an deren Ende oft der frühzeitige Tod steht.

Bei Jugendlichen kann diese **Abhängigkeit** schon nach wenigen Wochen des Tabakkonsums eintreten und das Aufhören so weit erschweren, dass sie auch gegen ihren bewussten Willen mit großer Wahrscheinlichkeit **lebenslange Raucher** sein werden (di Franza, Rigotti, McNeill et al. 2000). Die Abhängigkeitswirkung besteht in einer starken seelischen Fixierung auf die Wirkungen des Nikotins oder auf die Wirkungen, die mit ihm subjektiv verbunden werden.

Man spricht in diesem Zusammenhang von einem **Suchtgedächtnis**, in dessen Strukturen die positiven Erinnerungen und Empfindungen unmittelbar mit dem Rauchen einer Zigarette in kausalem Zusammenhang gesetzt abgespeichert werden.

Aber warum entscheiden sich Raucher nicht einfach, mit dem Rauchen aufzuhören? Diese Entscheidung soll doch gerade durch die zahlreichen Appelle und Aufklärungskampagnen innerhalb der staatlich betriebenen Nichtraucherförderung hervorgerufen bzw. bestärkt werden. Der freien **Willensentfaltung des Rauchers** stehen aber diverse Hindernisse gegenüber, von denen nur ein Teil auf die Wirkungen des Nikotins selbst zurückzuführen sein wird, die sie die Gefahren des Rauchens vergessen machen.

Hindernisse auf dem Weg zum Nichtraucher

Wer sich entscheidet zu rauchen, der könnte sich faktisch auch entscheiden, nicht mehr zu rauchen. So lautet zumindest der theoretische Hintergrund der gängigen Präventionsstrategien, die auf die Willensbildung abzielen. Sie sollen die Entscheidung zu rauchen erschweren und im Gegenzug die Hinwendung zum Nichtrauchen unterstützen.

Aber dieser theoretisch simplen Willensumkehr, vom Rauchen zum Nichtrauchen, stehen praktisch erhebliche Barrieren entgegen.

Problematischer Gebrauch von Tabak ist allein noch keine Krankheit. Vielmehr gilt nach der internationalen Definition der ICD-10 ein Gebrauch erst als Sucht, wenn er mit körperlichen oder seelischen Funktionsstörungen von mindestens 12 Monaten Dauer einher geht (Dilling et al. 2000).

Das im Tabak enthaltende **Nikotin ist stark suchterzeugend**, schätzungsweise 70 – 80% der gewohnheitsmäßigen Raucher sind nikotinabhängig (US Department of Health & Human Services (USDHHS), 1988; Batra-Fagerström, 1997: 279f).

Das bedeutet übertragen auf deutsche Verhältnisse, ca. 9 Millionen Männer und ca. 6 Millionen Frauen sind nikotinsüchtig (Thamm& Junge, 2003). Ihre Entschließungsfreiheit, mit dem Rauchen aufzuhören, ist, wegen der stark einsetzenden Entzugssymptomatik bei Abfall des Nikotinspiegels, erheblich eingeschränkt. Für die negativen Auswirkungen des Rauchens sind die Dauer und die Qualität der Einwirkung erheblich. Umso schlimmer ist es, wenn man trotz gefassten Vorsatzes zum Nichtrauchen, nicht in der Lage ist, das Rauchen aufzugeben, weil es auch einen **instrumentellen Nutzen** in der Lebensgestaltung hat.

Versuche abhängiger Raucher, sich der Sucht zu entziehen, scheitern daher allzu oft. Die Anzahl der ernsthaften Rauchstoppversuche unter den Rauchern in Deutschland lag im Jahr 1996 ohnehin am zweitniedrigsten in der EU (Boyle et al. 1997). Durch gescheiterte Versuche schwinden **Selbstwertgefühl** und die beobachtete Selbstwirksamkeit der Raucher, sich überhaupt gegen das Rauchen zu stellen.

Rauchen erfüllt eine Funktion im Leben vieler Raucher, so dass ein „Umkonditionieren“ auf eine andere Verhaltensweise, die diesen instrumentellen Nutzen liefert, erfolgen müsste. Sie benötigen dafür professionelle Hilfe. Nicht umsonst sind Nikotinsucht und Abusus als behandlungsbedürftige Krankheitsbilder anerkannt. Dennoch wird in Deutschland die Tabakentwöhnungsberatung für Raucher nur selten angeboten, 763 Einrichtungen und Ärzte waren es im Jahr 2000. (BZgA 2000).

Diese Angebote zugunsten ihrer Gesundheit in Anspruch zu nehmen, ist für viele Raucher je nach sozialer Herkunft ohnehin heikel. Zunächst verfügen Raucher, wie alle Süchtigen, über eine ausgesprochene Fähigkeit, die Gefahren auszublenden und die Vorzüge des Rauchens hochzuschätzen, so dass sie sich kaum an diese

Institutionen wenden. Zu anderen ist die **Selbstachtsamkeit** je nach sozialer Herkunft der Person ohnehin herabgesetzt.

Nikotin selbst als eine psychoaktive, hochtoxische Substanz verursacht neben seiner psychogenen Wirkung auch Bluthochdruck und damit Gefäßschäden (Werner & Böhm, 2004). An der Entstehung des gefürchteten Bronchialkarzinoms sind die anderen kanzerogenen Stoffe (Teer, Kohlenwasserstoffverbindungen) beteiligt. Nikotin selbst wirkt, neben der vaskulären Wirkung, direkt an den Rezeptoren im Zentralnervensystem. Der mit dem Rauch inhalierte Ballast an etwa 4000 zum Teil hochtoxischen Begleitstoffen führt im Körper unter anderem zu Stressreaktionen und einer Unterversorgung mit Sauerstoff durch Mangel durchblutung (CO-Einwirkung). Das Nikotin greift durch Anlage an die ZNS-Rezeptoren in den Neurohormonstoffwechsel ein und mildert diesen Stress ab. Ein **subjektives Gefühl der Entspannung** wird vom Raucher wahrgenommen. Hierin liegt bei den meisten auch der Nutzen, auf den sie beim Rauchen abzielen.

Fällt der Nikotinspiegel ab, kommt es dann wieder zu Stressreaktionen durch den Entzug, die durch erneutes Rauchen wieder in wohltuend empfundene Entspannung und zeitgleicher Anregung umgewandelt werden. Externe Stressoren werden in dieser Situation als weniger alarmierend wahrgenommen, d. h. man ist „cool“.

Die meisten Raucher geben daher auch an, zur **Entspannung** oder als „**Belohnung**“ zur Steigerung guter Laune zu rauchen (BZgA 2001). Entweder rauchen sie, um eine stressige Situation besser ertragen zu können oder sie rauchen, um eine Entspannungssituation noch effektiver zu gestalten (Feierabend, bei Freunden....).

Auch gibt es so genannte **Gewohnheitsraucher**, die ihr Rauchverhalten schon gar nicht mehr bewusst wahrnehmen (Fuchs, 2000). Rauchen ist für sie eine automatisierte Handlung, die unbewusst ständig ausgeführt wird.

Jugendliche nennen dagegen oft den Grund, dass sie sich erwachsener und selbstsicherer fühlen, wenn sie rauchen (Bühringer & Bühler, 2004: 180). In jedem Falle wird es bei allen Rauchern wohl nicht der Geschmack der Zigarette sein, der sich durch die Inhalation ohnehin weniger mitteilt als es durch bloßes Paffen der Fall wäre. Nach Hurrelmann und Unverzagt ist die **mit dem Rauchen assoziierte Gefühlskombination** von Anregung und Beruhigung erstrebenswert, die vom Nikotin ausgelöst wird, nach dem die (jugendlichen) Raucher letztlich „süchtig“ werden (Hurrelmann & Unverzagt, 2000).

Schwere Entzugssymptome, wie sie bei anderen Drogen vorkommen, sind es unter anderem auch, die dem Raucher die Entwöhnung schwer fallen lassen.

Rauchen entwickelt sich sukzessiv mit der persönlichen Entwicklung. Ältere Theorien teilten die Phasen der Raucherentwicklung noch in drei unterschiedliche Abschnitte (Eingangs-, Experimentier- und Gewöhnungsphase) ein (Flay; d'Avernas; Best; Kersell & Ryan, 1983). Neuere Ansätze sind differenzierter und verbinden die Raucherentwicklung stärker mit der sozialen Entwicklung der Persönlichkeit.

Nach v. Troschke (1998) durchläuft die **Entwicklung zum Raucher in sechs Phasen**.

In Phase 1, im Alter bis 7 Jahre, imitieren Kinder das wahrgenommene Verhalten der Erwachsenen (Stöckchenrauchen). Sie beobachten ganz genau, in welchen Situationen die Eltern zur Zigarette greifen (Hurrelmann & Unverzagt, 2000). Die **wahrgenommene Geschlechterrolle** wird dabei ebenso mit dem Rauchen verbunden wie andere Verhaltensweisen (Keller & Hafner, 2003). Die zweite Phase dient dem Experiment, entscheidend ist aber die dritte Phase ab 12 Jahre. Hier entscheidet sich, ob es zu einem gewohnheitsmäßigen Rauchverhalten kommt. Sie beginnt mit 13 Jahren. Geraucht wird in **Gruppensituationen**. Die Peer-Groups haben ausschlaggebenderen Einfluss als die elterliche Rauchgewohnheit (Jackson, 1997). Durch die Gruppe kommt es dann zum sozialen Druck, wenn man dazugehören will, muss man auch Zigaretten haben. Es folgt der regelmäßige Kauf der Zigaretten, die man auch anderen anbietet (Phase 4). Man nimmt eine als angenehm empfundene „Machtstellung“ wahr, die mit diversen Auswirkungen (sozialer Status, Kommunikationsgelegenheiten, **Verhaltensmuster zur Selbstdarstellung**, Statussymbol).

In den Phasen 5 und 6 kommt es sodann zu einer Konsolidierung durch den „instrumentellen Nutzen“ des Rauchens für die soziale Integration in der Gleichaltrigengruppe.

Am Ende dieser Entwicklung steht dann das regelmäßige **Rauchen als festes Ritual im Lebensalltag**. Je mehr man als Kind mit Rauchverhalten der Vorbilder (Eltern, Erzieher, Lehrer) konfrontiert wurde, desto größer die Wahrscheinlichkeit des eigenen lebenszeitigen Rauchens (Hurrelmann & Unverzagt, 2000).

Was dann folgt, sind jahrelange Bemühungen, sich des Tabakkonsums wieder zu entledigen. Sie reichen von der Gabe von Arzneistoffen, um eine Nikotinsubstitution zu erreichen bis hin zu Verhaltenstherapien (Fuchs & Schwarzer, 1997). Die fest

gefügt Erwartungsstrukturen des einzelnen Rauchers haben einen relativ starken Bezug zu den Entzugserscheinungen und zum Erfolg der Entwöhnungsmaßnahme (Wetter et al. 1994). So wie man das Rauchen „lernt“, muss nach medizinischer Sicht auch das Nichtrauchen mit Stoppunkt und Stufenmethode „erlernt“ werden (Horn, 2001).

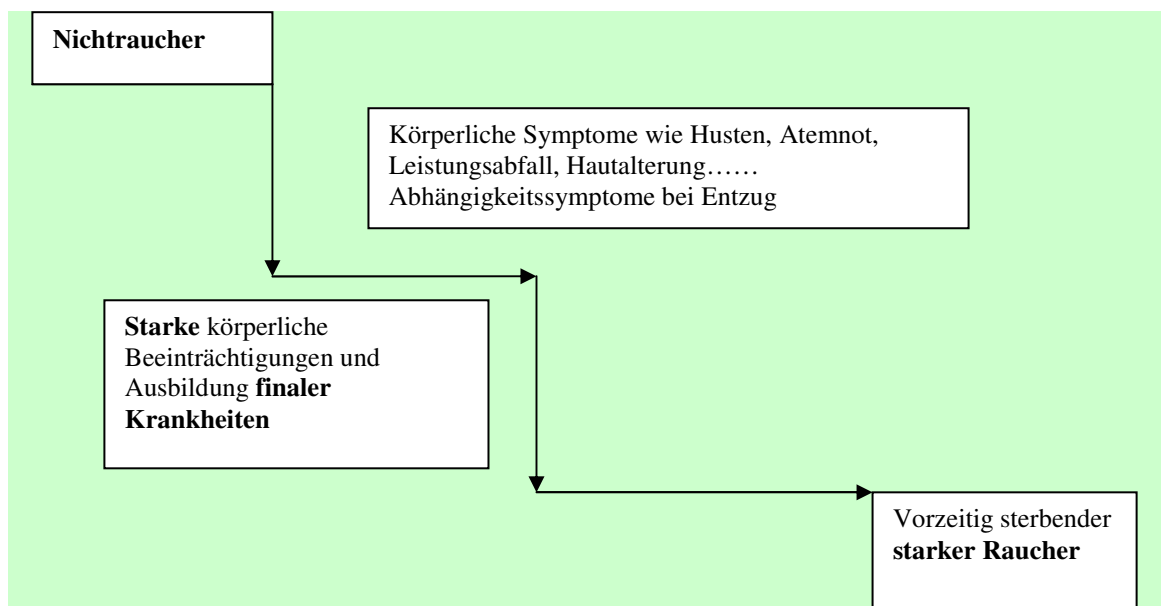
Als krank betrachten sich die meisten Raucher dennoch nicht. Dabei steht bei ihnen weniger der Genuss im Vordergrund als mehr die Vermeidung von Unlust, die mit dem Abfallen des Nikotinspiegels einhergeht (Hurrelmann & Unverzagt, 2000). Die meisten starken Raucher sind so genannte Gewohnheitsraucher, die ihr Rauchverhalten schon gar nicht mehr bewusst wahrnehmen (Fuchs, 2000). Rauchen ist für sie eine automatisierte Handlung, die unbewusst ständig ausgeführt wird.

Das anschließende Schaubild verdeutlicht diese **Problematik der Nikotinsucht**, nachzugeben erheblich weniger Energie erfordert, als ihr entgegenzutreten und Nichtraucher zu werden anhand des Bildes einer Treppe.

Diese hinab zu gehen erfordert physisch wesentlich weniger Kraft, als sie hinauf zu steigen.

So ähnlich verhält es sich auch mit dem gesundheitlichen Sichteibenlassens des Rauchers oder dem „Kämpfen des künftigen Ex-Rauchers

(Schaubild 1: Unterschiedliche Schwierigkeitsgrade zwischen Fortfahren und Aufgeben des Rauchens)



Sie führt wie eine Treppe abwärts und lässt die Beeinträchtigungen durch das Rauchen als unvermeidlich wahrnehmen, will man nicht auf die „angenehme“ Wirkung des Rauchens verzichten. Wie beim **Überwinden eines Gefälles** einer

Treppe bedarf es weitaus weniger Energie und Initiative der Treppe abwärts weiter zu folgen, als sie, bildhaft gesprochen, wieder auf dem Wege zum Nichtraucher empor zu steigen. Dies zeigen die jährlichen Zuwächse bei den jungen Tabakkonsumenten im Vergleich zu der hohen Zahl der erfolglosen Aufhörversuche der abhängigen Raucher und zu den geringen Zuwächsen bei den Extrauchern (Boyle et al 1997).

Wenngleich Preissteigerungen der letzten Jahre, die weiter unten noch als Tabakpräventionsmaßnahme besprochen werden, auf die Gesamtheit der Raucher sich reduzierend auswirkten, bleibt der Zulauf bei sozial Benachteiligten immer noch erheblich höher als beim „Durchschnittsraucher“.

Rauchen als Angewohnheit hängt in der Entstehung von vielen Faktoren ab, die **unabhängig vom Willen des Rauchers** Einfluss auf Rauchbeginn und Rauchfortsetzung nehmen.

Deshalb erscheint es befremdlich, wenn man ausschließlich am Willen des Rauchers ansetzen will, um die Folgen des Rauchens durch Umkehr der Rauchentscheidung zu vermeiden. Erfolgreicher erschiene es, an eben diesen Ursachen für das willentliche Zuwenden zum Tabakkonsum anzusetzen, um die nachfolgend angeführten erheblichen Konsequenzen für den Raucher selbst und damit für die Solidargemeinschaft abzuändern.

1.2 Rauchen, die Folgen im gesellschaftlichen Kontext und rechtlicher Handlungsbedarf

Berechnend bringen Folgen des Rauchens auch Vorteile, Raucher bringen Tabaksteuern und belasten durch ihren früheren Tod die Rentenkassen weniger als langlebige Nichtraucher (Ahrens, 2000). Demnach wäre Tabakkonsum eher kein volkswirtschaftlicher Schaden.

Im Folgenden bedarf es keiner konkreten Kostenberechnung, um kurz zu skizzieren, wie erheblich der Schaden durch **Rauchen und früheres Versterben** nicht nur individuell für den Raucher, sondern auch für die Bevölkerungsentwicklung sein kann.⁴

⁴ Diese Problematik hat in Anbetracht der ohnehin besorgniserregend geringen Geburtenrate und der progressiven Vergreisung unserer Bevölkerung nachhaltige negative Konsequenzen für die Volkswirtschaft und die Sozialsysteme Deutschlands

Die große Zahl der starken (weiblichen) Raucher im Jugendalter wird die Sterbestatistiken für diese Jahrgänge in den nächsten 20 bis 30 Jahren negativ beeinflussen (Klotz, 2004: 15). Schon heute zeigt sich diese Entwicklung bei der Lungenkrebsrate der Frauen. Am höchsten liegt sie bei Frauen zwischen 40-50 Jahren, sie stieg von 1980 bis 1995 um 60% an (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002). Sie waren die erste Generation von Frauen, die nach dem Krieg in großer Zahl konsequent ab der Jugendzeit geraucht hat und jetzt an den tabakindizierten Folgen frühzeitig verstirbt (Junge, 1998). Ihre Mütter waren dagegen noch traditionell fast ausschließlich Nichtraucherinnen oder begannen viel später zu rauchen.

Hierin zeigt sich der **drohende Verlust von vielen Lebensjahren** bei den Frührauchern besonders deutlich.

Rauchen schafft damit Probleme für die gesetzlichen Krankenversicherungen. Raucher leiden häufiger an chronischen Atemwegs- und Herzerkrankungen. Vor allem fehlen sie aber durch Invalidität und den verfrühten Tod als **Beitragzahler in den Sozialkassen**, als **Konsumenten** in der Volkswirtschaft, als **Leistungsträger** in der Arbeitswelt und vor allem als **Mitglieder der Sozialgemeinschaft**.

Letzteres schon deshalb, weil in diesem mittleren Alter der betroffenen Frauen, durch die Tendenz zur späteren Mutterschaft, nicht selten entwicklungsabhängige Familienmitglieder (Kinder) vorhanden sein werden. Die normale Entwicklung der Jugendlichen wird durch den Verlust eines Elternteils empfindlich gestört, so dass andere Sozialisationsinstanzen dieses Defizit durch den Verlust in Form einer psychischen Belastung und Suchtneigung nur unzureichend kompensieren können (Lancet, 2003). Die wichtigste Bezugsperson in der sozialen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen ist die Mutter (Keller & Hafner, 2003).

In Deutschland werden jedes Jahr durch Tabakkonsum 1,5 Millionen Lebensjahre vorzeitig zerstört, was mindestens einer Summe von 39,4 Mrd. € pro Jahr entspricht, die der Volkswirtschaft verloren gehen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2003). Zusätzlich beliefen sich im Jahr 2000 die tabakbezogenen Gesundheitskosten pro Jahr in Deutschland schon auf 1% des Bruttoinlandsproduktes, dies entspricht einer pro Kopf Belastung von 820€ per anno (Welte; König & Leidl, 2000).

Kein anderer einzelner Risikofaktor für die Gesundheit einer Bevölkerung hat so weitreichende Konsequenzen und ein so großes Potential von Vorteilen bei seiner Verhütung wie das Tabakrauchen. Die Prävention gegen das Rauchen brächte

mittelfristig eine **Entlastung der Gesundheitskosten** und langfristig eine **Verbesserung der Beitragslage** bei den Rentenkassen⁵. Ein Effekt, der einerseits auf die größere Anzahl der bis zum Rentenalter Beiträge entrichtenden Personen zurückzuführen wäre. Andererseits mit der erheblichen Reduzierung der Frühverrentungen korrelierte. Die meisten Frühverrentungen erfolgen auf Grund von Krankheiten, die durch den Tabakkonsum entweder hervorgerufen oder zumindest in Häufigkeit und Schwere der Krankheit gefördert werden (Herz-Kreislauferkrankungen) und entsprechen etwa 40% der tabakindizierten Gesamtkosten (BZgA 2003).

Die **Nachteile für die Gemeinschaft**, die das Tabakrauchen mit sich bringt, sind durch die Einnahmen der Tabaksteuern, dem Argument der Arbeitsplätze in der Tabakindustrie und vor allem durch den „Vorteil“ der Sozialkassen durch das frühere Ableben der Raucher eben nicht zu kompensieren.

Eine solche offensichtliche Aufrechnung verstieße ohnehin gegen das Grundgesetz. **Grundrechte** fungieren nicht nur Abwehrrechte des Einzelnen gegen staatliche Eingriffe, sondern können auch eine **verbindliche Beauftragung des Staates**, Gesundheit und körperliche Unversehrtheit eines jeden zu schützen, enthalten (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003).

Jedes andere (vermeidbare) Risikoverhalten ohne vergleichbare Lobby, das Jahr für Jahr mehr Todesopfer fordert, als alle anderen Drogen und der Straßenverkehr zusammen, wäre wahrscheinlich schon längst effektiver angegangen worden, als durch bloße Verbote oder Appelle.

Die Tabakprävention ist eine **volkswirtschaftliche Investition in die Zukunft** der Sozialsysteme unseres Staates und eine volkswirtschaftliche Kostenentlastung

Eine Aufrechnung von vermeintlichen Vorteilen verbietet sich ethisch schließlich auch bei anderen Risikofaktoren wie Diabetes mellitus oder Hypertonie, die zumindest in Entstehung und Schwere des Risikos in der Hand der jeweiligen Risikoträger liegen. Damit wären sie nach der **„Lebensführungsschuld“** nicht anders zu bewerten als Raucher.

Etwa jeder dritte Erwachsene in Deutschland raucht. Ein Drittel der Deutschen könnte demnach frühzeitig aus der sozialen Entwicklung der Gemeinschaft

⁵ Nach jüngst veröffentlichten Daten entstehen durch eine Schachtel Zigaretten mehr als 39€ Folgekosten für die Gesellschaft durch Therapie und Ausfallkosten. Je verhütete Schachtel Zigaretten bringt daher ein Vielfaches an Ersparnis im Vergleich zur geringen Steuereinnahme durch die Tabaksteuer. Um die Kosten abzudecken müssten demnach pro Schachtel mindesten 39 € mehr erhoben werden.

herausfallen. Nach der sozialen Herkunft sind die Betroffenen aber nicht proportional gleich verteilt, wie man es erwarten sollte.

Im Gegenteil:

Je nach sozialer Herkunft rauchen Menschen unterschiedlich oft, so dass die Raucherquoten in den unterschiedlichen sozialen Umfeldern erheblich vom Mittelwert, jeder dritte Erwachsene, abweichen. Wegen dieser Varianz der Raucheranteile je nach sozialem Milieu ist die Aussagekraft des Mittelwertes wenig erhellend für die Beurteilung des wirklichen Risikos der Raucher innerhalb der Bevölkerung. Je nach sozialer Herkunft hat das Problem „Rauchen“ eine erheblich andere Dimension.

Wer sind aber die Personen, die trotz der staatlichen Tabakpräventionspolitik, die den Gesamtanteil der Raucher in der Bevölkerung zu senken vermochte, nach wie vor vermehrt mit dem Tabakkonsum fortfahren? Was haben diese Raucher gemeinsam, was Personen mit anderer sozialer Herkunft nicht aufweisen und deshalb von der Tabakprävention profitieren und Nichtraucher bleiben oder werden? Ist eine Raucherpopulation innerhalb der Bevölkerung, trotz des gleichen natürlichen Vorganges des Tabakkonsums, vielleicht doch nicht gleichartig?

Soziale Polarität des Tabakkonsums – besonders betroffene Bevölkerungsgruppen

Die deutsche Bevölkerung zählt über 80 Millionen Menschen. Von diesen Einwohnern rauchten im Jahr 2000 35% der Menschen zwischen 18 und 59 Jahren aktiv Tabak (Kraus/Augustin, 2001). Allerdings ist das Rauchen in der nicht homogenen Gesamtbevölkerung nicht gleich in den **verschiedenen sozialen Milieus** verteilt. Anders als Alkohol, der gesamtgesellschaftlich als Risikoverhalten verbreitet ist, bleibt der Tabakkonsum vor allem in bestimmten sozialen Milieus vermehrt anzutreffen.

Neben persönlichen Differenzierungsmerkmalen der einzelnen Raucher, wie Alter und Geschlecht, gibt auch andere, nicht mit der Person des einzelnen Rauchers zusammenhängende Merkmale des Tabakkonsums.

Ein Kriterium, das unabhängig von diesen personenbezogenen Merkmalen objektiv besonders betroffene Personengruppen erkennbar macht, ist sozioökonomische Situation bzw. **soziale Herkunft der Raucher**. In diesen Aspekten liegt etwas, was die einen vor den Folgen des jahrelangen Tabakkonsums bewahrt, und im Umkehrschluss andere Menschen an das Zigarettenrauchen bindet. Dieses

Phänomen einer stark **ausgeprägten sozialen Polarisierung** des Rauchverhaltens teilt Deutschland mit anderen Industrienationen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004).

Je höher der sozioökonomische Status von Personen, desto größer der Anteil der Nicht- bzw. Nieraucher. Umgekehrt heißt das allerdings auch, je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher das Risiko infolge lebenslangen Rauchens vorzeitig zu versterben.

Die staatliche Tabakpräventionspolitik senkte zwar die Gesamtanzahl der rauchenden Personen, aber in den verschiedenen sozialen Milieus unterschiedlich stark. Der Prozentsatz der sozioökonomisch schlechter gestellten Personen an der sinkenden Gesamtzahl erhöht sich deshalb.

In Deutschland wurde in Studien das Zusammentreffen von verschiedenen sozialen Faktoren und der Häufigkeit des Tabakkonsums schon vor Jahren untersucht (Bormann, 1992; Schach et al. 1994; Henkel, 1999, 2000). Die höchsten Raucherquoten wurden bei Personen mit geringem Einkommen und niedrigem beruflichen Status (wie Erwerbslose und Sozialhilfeempfänger) festgestellt (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004).

Die Wahrscheinlichkeit bei Jugendlichen mit sozioökonomisch prekärer Herkunft ist die **Gefahr größer, regelmäßige Raucher zu werden** als bei Jugendlichen aus besser gestellten Umfeldern (Kahl/ Fuchs/ Semmer & Tietze, 1994; Nelson et al. 1995). Während junge Erwachsene von 18 bis 19 Jahren mit Hauptschulabschluss im Jahre 2003 zu 64% Raucher waren, lag die Raucherquote bei den gleichaltrigen Gymnasiasten um 25% niedriger (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004).

Je extremer die sozioökonomischen Lebensumstände sind oder wenn mehrere Faktoren einer negativen sozioökonomischen Situation zusammentreffen, desto mehr erhöht sich auch die Prävalenz des Tabakkonsums (Trabert, 1995). Bei obdachlosen Männern, bei denen sowohl materielle Armut, Wohnungslosigkeit und soziale Ausgrenzung zusammentreffen, ermittelte Trabert sogar einen Anteil von Rauchern von 80%. Dieser Raucheranteil infolge der Auswirkung der Lebenssituation liegt mehr als das doppelt so hoch wie die Prävalenz in der männlichen Durchschnittsbevölkerung. Ähnlich liegt der Ursachenzusammenhang bei allein erziehenden Müttern mit Kindern unter 5 Jahren. Sie leben zu 50% in einkommensarmen Verhältnissen. Ihr Raucherinnenanteil ist mit 60% trotz der

finanziell angespannten Lage doppelt so hoch wie bei verheirateten und besser abgesicherten Müttern (Zimmermann, 1998; Hanesch, 1998).

Helmert und Maschewsky-Schneider fanden heraus, dass schon allein der Eintritt in die Erwerbslosigkeit, die unter anderem mit sozialen und materiellen Verlusten einhergeht, die Prävalenz des Tabakkonsums wesentlich im Vergleich zu Erwerbstätigen mit gleichem sozialen Status erhöht, denen der Erwerbslose vorher angehörte (Helmert & Maschewski-Schneider, 1998; Waller, 1991)).

Personen in diesen sozialen Umfeldern rauchen nicht nur früher, mehr und länger als andere, es fällt ihnen auch sehr viel **schwerer, mit dem Rauchen aufzuhören** (Helmert & Maschewski-Schneider, 1998).

In Präventionskonzepten der Tabakpräventionspolitik, so wäre es zu erwarten gewesen, sollten eigentlich diese seit Jahren bekannten kausalen Zusammenhänge der Entscheidung zum Tabakkonsum und sozialer Lebenssituation berücksichtigt worden sein.

Bei allen durch den Tabakkonsum besonders gefährdeten Personenkreisen in der Bevölkerung ließen sich grob Beschreibungen ableiten, die eine besondere Gefährdung und einen besonderen Präventionsbedarf signalisieren, auch wenn sie nicht alle kumulativ vorhanden sein sollten.

- *eine schlechte oder keine Schul- oder Berufsausbildung*
- *sozial wenig integriert*
- *keine oder über nicht (mehr) „gesellschaftsverwertbare“ Qualifikationen*
- *geringes Einkommen*
- *Herkunft aus sozial geforderten Verhältnissen (Scheidungskinder, (Halb)waisen, kinderreiche Familien, Kinder von Alleinerziehenden usw.)*

Unter dem abstrakten Begriff „sozial Benachteiligte“ zusammengefasst, handelt es sich um eine **Vielzahl von verschiedenen Diskriminierungskriterien** und deren Kombinationen. Eine pauschale Charakterisierung anhand nur eines Kriteriums ist schwierig. Nicht jeder, der ein geringes Einkommen hat, ist sozial benachteiligt (Ordensschwester...) und nicht jeder, der ein Neugroßverdiener ist, hat gesundheitlich protektierende Kompetenzen. Vielmehr kann er wegen seiner Herkunft doch ein schlechtes Gesundheitsverhalten haben, das dem eines Erwerbslosen gleicht.

Ein 2006 durch die Friedrich – Ebert – Stiftung geprägter Begriff des „Prekariats“ stellt den Zusammenhang zwischen Bildungsferne, finanzieller Not und vor allem Chancenlosigkeit, die selbst an die nachfolgenden Generationen „vererbt“ werden, deutlich heraus. Betroffen ist in Deutschland eine wachsende Anzahl von Menschen. Im Osten Deutschland ist sogar jeder Fünfte betroffen (Friedrich-Ebert-Stiftung 2006).

Es besteht Handlungsbedarf, um soziale wie gesundheitliche Benachteiligungen zum Wohle der Gemeinschaft abzubauen. Aber warum erscheint es in Anbetracht der sozialbedingten gesundheitlichen Ungleichheit besonders wichtig, jetzt damit zu beginnen?

Aktueller Handlungsbedarf in rechtlicher und politischer Hinsicht

Eine Hürde für die Berücksichtigung der gesundheitlichen Benachteiligung der Raucher mit bestimmter sozialer Herkunft ist ihre eigene Entscheidung. An eben dieser setzen die Konzepte der Tabakpräventionspolitik an, ohne nach Ursachen für diese Entscheidung zu fragen.

In einer Annahme haben diese Konzepte Recht.

Zum aktiven Tabakkonsum wird niemand gezwungen. Anders ist es bei den Nichtrauchern, deren Schutz von Staats wegen ernsthaft betrieben wird.

Dem Rauchverhalten liegt eine getroffene **individuelle Entscheidung**, mit dem Rauchen zu beginnen oder fortzufahren, zu Grunde. Dennoch spielen sozioökonomische Faktoren bei dieser Entscheidung wohl eine Schlüsselrolle. Mit zunehmender sozialer Anspannung in Deutschland liegt der Schluss nahe, dass immer mehr Menschen in dieser Lebenssituation dieser Entscheidung „erliegen“ könnten.

Damit würden die Bemühungen der Tabakpräventionspolitik, die weiter nur auf die **Willensformung in Form von Gesundheitserziehung** abstellen, für eine steigende Anzahl von Rauchern nutzlos werden. Der Schaden für die Sozialsysteme, die durch soziale Umbrüche ohnehin gebeutelt sind, würde dadurch größer werden.

Die Konzepte der Tabakprävention sprechen die besonders gefährdeten Raucher in ihrer Lebenswirklichkeit nicht an. Gesellschaftliche Vorteile des propagierten Nichtrauchens sind nicht zugleich ihre Ziele. Nichtrauchen erscheint nicht vorteilhaft bei der **Alltagsbewältigung**. Diejenigen, die früher schon wenig von

Gesundheitsfortschritten profitierten, haben deswegen auch weiterhin kaum Nutzen, obgleich sie theoretisch die gleichen Angebote ausschöpfen können wie die „erfolgreichen“ Gruppen (Klocke, 1998).

Allerdings werden diese Konzepte, die aus anderen Bereichen stammen und auch für andere soziale Settings erdacht wurden, auf diese Vielzahl von sozialen Milieus gleichermaßen angewandt. Damit werden die Raucher, die im Eigentlichen nur ihre Affinität zum Tabakkonsum verbindet, als eine homogene Gruppe undifferenziert in der Prävention behandelt.

Die **Unglaubwürdigkeit einer Gesellschaft** durch die Widersprüchlichkeit der vermittelten Verhaltensnormen macht diese Diskrepanz zwischen vermittelter Verhaltensnorm des Nichtrauchens und dem eigenen Vorteil des Rauchens noch erheblicher.

Hüllinghorst beschreibt diese Doppelbödigkeit der Prävention in Deutschland, dass einerseits Drogen gesellschaftlich geächtet werden (obgleich sozial benachteiligte Personen ihren Alltagsvorteil daraus ziehen), während andere Stoffe, die zahllose Opfer fordern, als „Genussmittel“ für ein „aktives Leben“ beworben werden dürfen (Hüllinghorst, 2000: 268f).

In Anbetracht der ungleichen Auswirkungen des staatlichen Präventionsverhaltens verstößt diese gesellschaftliche Haltung zum Tabakkonsum von Personen in sozial prekärer Lage möglicherweise gegen Normen des Gleichheitsgrundsatzes. Dieses Gebot müsste auch für das Garantieren gleicher Gesundheitschancen in allen Bevölkerungsgruppen gelten (Art. 2 Abs. II GG).

Dass Tabakkonsum gesundheitsschädlich ist, ist schon lange vermitteltes ubiquitäres Allgemeinwissen. Dennoch entscheiden sich Menschen in angespannter sozioökonomischer Lage erheblich häufiger wider besseres Wissen für den Tabakkonsum. Sie werden durch die geltende Tabakpräventionspolitik, die nicht auf die **Ursachen dieser Entscheidung** eingeht, nach meiner Ansicht strukturell dreimal gesellschaftlich durch ungleiche Rechtsbetroffenheit bestraft.

Zum einen führen **Druck und Kompetenzdefizite** zur „Ersatzkompetenz Rauchen“ in der täglichen Alltagsbewältigung.

Zum anderen führt dies zur weiteren Verschärfung der finanziellen Lage. Diese Menschen sind bereit, weitaus mehr Geld proportional zum Einkommen für das Rauchen auszugeben als andere Personengruppen.

Und zum Dritten liegt ihre Benachteiligung innerhalb der Tabakpräventionspolitik im erschwerten **Zugang zu den Hilfsangeboten**, die weder ihre „Sprache“ sprechen, wenn diese sie überhaupt erreichen, noch liefern sie sozialen Kompetenzaufbau, um auf die Bewältigungswirkung des Rauchens überhaupt verzichten zu können (Bewältigungsstrategien).

Vor allem im Hinblick auf die anstehenden Umsetzungen diverser EU-Richtlinien zum Schutze der Nichtraucher (weitgehende Rauchverbote in öffentlichen oder „halböffentlichen“ Räumen, Tabaksteuererhöhungen), die die Lage für die Raucher sozial benachteiligter Herkunft durch entsprechende ablehnende Stimmung in der Bevölkerung noch weiter verschärfen können, ist es an der Zeit, auch die Rechte der Raucher zu prüfen.

Ist die Gesellschaft in Hinblick auf das **Verursacherprinzip** berechtigt, sie erst in eine Verhaltensweise zu „drängen“, um dann eben dieses (Bewältigungs-)Verhalten durch Verschlimmerung der sozialen Benachteiligung (Steuererhöhungen, unwirksame Programme, soziale Verbote und soziale Ächtung durch Überbetonung der Eigenverantwortlichkeit) auch noch abzustrafen?

Darin liegt die aktuelle gesundheitswissenschaftliche Relevanz dieser Untersuchung. Durch die kritische gutachtliche Prüfung einer Verpflichtung per jure auf eine **ursachenbezogene Nichtraucherförderung** in den sozial benachteiligten Milieus soll aufgezeigt werden, dass es sich bei der ursachenbezogenen Tabakprävention nicht nur um eine soziale Obliegenheit handelt. Es könnte darüber hinaus ein Rechtsanspruch bestehen, dem der Staat vor allem auch im eigenen Interesse im Vollzuge des demografischen Wandels der Gesellschaft nachkommen sollte. Dies umso aktueller, als dass einige EU-Richtlinien vor der Umsetzung in nationales Recht stehen, die die **Eigenverantwortlichkeit der Raucher** noch weiter akzentuieren und den finanziellen sowie sozialen Druck auf die Personen aus sozial benachteiligter Herkunft noch weiter erhöhen werden.⁶

⁶ Das an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gescheiterte Bundesrauchverbotes zum Nichtraucherschutz, das das Rauchen in öffentlichen Gebäuden und Gaststätten ganz verbieten sollte, war nicht nur ein Ausdruck der Entwicklung, es anderen Eu-Ländern gleich zu tun. Sondern es handelt sich vor allem um ein Beispiel für ein Grundproblem der deutschen Präventionspolitik. Das wenig zielorientierte Zelebrieren des Föderalismus, der durch vorrangige Auffassen der Kompetenzen als Ausschlussrecht gegenüber anderen Akteuren, anstatt sie als Auftrag zum konzertierten Handeln zu sehen, hat schon viele ineinander greifende Möglichkeiten der Prävention vereitelt. Mehr dazu im Kapitel „Ausblick“

Eingedenk der Diskussion, ob Eltern, die die Gesundheit ihrer Kinder nicht angemessen fördern, Repressalien auferlegt werden dürfen, erhält dieses Thema abermals eine rechtlich besonders dringliche Nuance.

Der Artikel 6 II 2 GG beauftragt den Staat mit einem Wächteramt, das ihn verpflichtet zum Kindeswohl zu intervenieren (Epping 2004: 205f). Die Frage ist, ob die Lesart, nur bei gravierenden Verfehlungen zu intervenieren, einzig möglich ist oder ob ungünstige Kompetenzvermittlungen die Gemeinschaft auch berechtigten können, zum Wohle der Kinder unterstützend einzugreifen? Eine Frage, die im Zuge einer weiteren **Unterschichtung der deutschen Gesellschaft** und der Zunahme von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland die Vermittlung von integrativen Kompetenzen für ein gesundes Leben in der Gemeinschaft zunehmende Brisanz erlangen wird.⁷

Mehr soziale Benachteiligung führt zu einer Erhöhung der Personenzahl mit schlechtem Gesundheitsverhalten, also mehr Rauchern.

Aber warum hat Rauchen je nach sozialer Herkunft einen so verschiedenen Status im Alltag von Personen, wenn am Anfang für alle Raucher die Entscheidung zu rauchen steht und sie alle durch das Rauchen ein angenehmes Gefühl durch den Tabakgenuss haben? Wie genau wirkt die soziale Umwelt auf die Entscheidung erhaltend ein?

Um zu analysieren, was der konkrete Anspruch auf ursachenbezogene Prävention im Fall der sozial Benachteiligten beinhalten kann, möchte ich zunächst auf die konkrete Ursachenkette von sozialer Benachteiligung und deren Konsequenz „Rauchen“ näher eingehen.

1.3 Rauchen als Folge sozialer Benachteiligung im Sozialstaat?

Am Anfang steht der erheblich geringere Nutzen an der Nichtraucherförderung durch die staatliche Präventionspolitik, die vielen Menschen aus nicht sozial benachteiligten Milieus zum Nichtrauchen verholfen hat.

Die gesundheitspolitisch initiierten und geförderten Konzepte der Tabakprävention gegen das Rauchen, meist Aufklärung und medizinische Therapieangebote, erscheinen nicht genügend effizient, gerade diese besonders durch die Gefahren des Rauchens betroffenen Personenkreise in ihrer **Lebenswirklichkeit** anzusprechen.

⁷ Eine Behandlung dieser Frage erfolgt im Kapitel „Interventionsrechte des Staates in die Vermittlung von Kompetenzen“

Je weiter die in den Konzepten der Prävention gegen das Rauchen angesprochene erwünschte Verhaltensnorm, hier das Nichtrauchen, von der Lebenswirklichkeit ihres eigenen Umfeldes entfernt ist und keinen Nutzen bringt, desto kleiner wird die Möglichkeit, sich zu diesem gewünschten Verhalten durch einfache Willensumkehr anzuschließen.

Wenn die Gesellschaft das Rauchen gemäß ihrer wahrgenommenen Realität als Zumutung, Geldverschwendung und Gesundheitsgefährdung (Eigen- und Fremdgefährdung) beschreibt, wird ein Raucher in einem bestimmten sozialen Lebensumfeld, in der Rauchen als Entspannung, „unverzichtbares“ soziales Integrationsinstrument und kleines Vergnügen im Alltag wahrgenommen wird, diesen **gesellschaftlichen Verhaltenskodex** wohl nicht internalisieren. Seine Entscheidung, mit dem Rauchen zu beginnen oder auch damit aufzuhören, fällt trotz Präventionsbemühungen zugunsten des von ihm als positiv erlebten Rauchens.

Doch was an der unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenslage der einzelnen Raucher verursacht genau dieses ungleiche Verhalten gegenüber präventiven Interventionen der Gesellschaft, die das Nichtrauchen fördern sollen?

Eigentlich müsste im Sozialstaat ein sozialer Ausgleich bestehen und offizielle, ausdrückliche soziale Beschränkungen gegenüber Angehöriger bestimmten sozialen Milieus gibt es auch nicht mehr. **Chancenungleichheit** von der Herkunft her, ein typisches Merkmal der sozialen Benachteiligung, sollte es daher in einer modernen Gesellschaft nicht mehr geben. Mit der Entwicklung und Modernisierung der Gesellschaft haben sich auch **die modernen Strukturen der sozialen Benachteiligung** entsprechend entwickelt, so dass es auf die ausdrückliche soziale Auslese nicht mehr ankommt.

Der Sozialstaat und moderne soziale Benachteiligung

Es gibt keine allgemeinverbindliche einfache Definition von sozialer Benachteiligung und ihrer Kriterien. Vielmehr ist sie vielschichtig und offenbart sich in verschiedenen Lebensbereichen. Die gemeinsame Schnittmenge der Kriterien der Personen, die als soziale Benachteiligte eingestuft werden müssen, ist recht klein und für sich genommen nicht aussagekräftig. Die Lebenslagen sind ebenso unterschiedlich, wie auch die Ursachen für soziales Milieu und damit für **gesellschaftliche Teilhabe** vielgestaltig sind.

Hradil beschreibt soziale Ungleichheit als Folge der Grundstellung innerhalb der Gesellschaft, wenn regelmäßig Personen von den wertvollen Gütern der Gesellschaft mehr erhalten als andere, nur weil sie eine andere Stellung innerhalb der Gesellschaft einnehmen (Hradil 2001/ 2005).

Danach ist der **Grundgedanke die Güterverteilung**, die nicht nur auf materielle Güter beschränkt bleibt. Bildung und Gesundheit gehören ebenso zu den zu verteilenden wertvollen immateriellen Gütern der Gesellschaft.

Ein weiteres Element der Beschreibung nach Hradil heißt regelmäßig. Das deutet auf eine **Grundsätzlichkeit der Bevorzugung** und damit Leistungsunabhängigkeit der Mehrzuwendung von gesellschaftlichen Gütern hin. Die Zuteilung steht nicht im Verhältnis zum Bedarf oder zur Leistung des Empfängers.

Sozial und damit gesundheitlich benachteiligt zu sein, bedeutet bei Betrachtung der vielen Unterschiede in Ursachen und Auswirkungen, dass ein Mensch für die Erlangung von guten und gesunden Lebensumständen in unserer Gesellschaft trotz grundgesetzlich verbürgtem Sozialstaat, **leistungsunabhängig schlechtere Lebens- und damit Gesundheitschancen** wegen seiner sozial Herkunft hat.

Wie das Phänomen der Massenarbeitslosigkeit zeigt, kann soziale Benachteiligung auch im Laufe des Lebens eintreten. Wenngleich die Gefahr je nach sozialem Status sehr unterschiedlich groß ist. Je näher am sozialen Ende der Skala, desto größer die Gefahr des Abstiegs in die Benachteiligung durch Hinzutreten von weiteren Umständen. Wer bei der Verteilung der Bildung benachteiligt ist, trägt auch ein weitaus größeres Risiko, arbeitslos zu werden als ein Akademiker. Demzufolge kann man soziale Benachteiligung am ehesten als ein **dynamisches Gleichgewicht** zwischen Nachteilen und Kompensation beschreiben.

Früher war es einfacher, sozial benachteiligte Personengruppen zu definieren. So wie die Gesellschaft starre Strukturen hatte, gab es auch **scharfe Abgrenzungskriterien** zur Bestimmung der sozialen Teilhabe oder Benachteiligung. Um einen besonderen Präventionsbedarf herauszufinden, hätte man sich nur an starre Einteilungen orientieren müssen. Die Zugehörigkeit zu einer festen Gruppe gab auch einen bestimmten Lebensstil vor. Heute erscheint das allerdings schwieriger, da objektive Merkmale wie Tätigkeit, Herkunft etc. noch keine allgemein verbindliche Aussage über soziale Benachteiligung oder gesundheitliche Verhaltensstrukturen zulässt. Insofern ist unsere Gesellschaft freier geworden. Allerdings verwischt dies auch die Konturen der nach wie vor vorhandenen Ungleichheiten.

Soziale Benachteiligung heute noch durch Geburt?

Die früher verwendeten Begriffe **Klasse oder Schicht**, um eine gewisse Stellung innerhalb einer Gesellschaft deutlich zu machen, trennten scharf nach dem gesellschaftlichen Handlungsspielraum, der von Geburt an festgelegt war. Sie zusammen bestimmten die Entwicklung der Gesellschaft.

Die eine Klasse mehr, die andere festgelegte Klasse weitaus weniger oder so gut wie gar nicht. Bei Krekel werden Klassen oder Schichten als Akteure, die im Zusammenspiel die Gesellschaftsentwicklung vorantreiben, beschrieben (Krekel 1990). Erste berühmte Vertreter einer Theorie zur Erklärung gesellschaftlicher Prozesse waren Marx und Engels (Marx/Engels 1974 (zuerst 1848)), die eine soziale Einteilung der Klassen vornahmen, die im ständigen Gegeneinander zu einander stehen und die unterste Klasse, das Proletariat, ausbeuten. Sie befassten sich mit den sozialen Instrumenten, mit denen die Klasse einem jedem von Geburt an zugeteilt darin gehalten wurde.

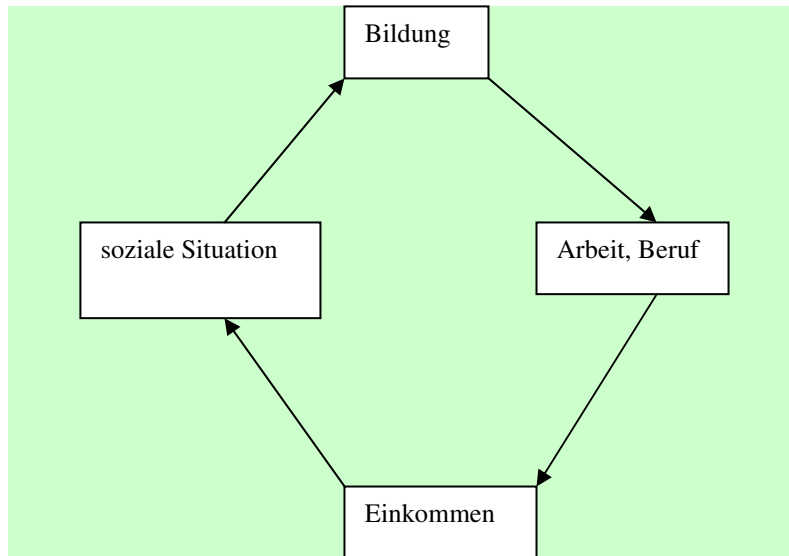
Von Geburt an war festgelegt, welche Bildung, welches Einkommen und welchen Status eine Person erlangen würde, und damit auch, welchen Lebenswandel sie, von der der Gesellschaft vorgegeben, zu führen hatte (Wössner, 1972).

Wer zu welcher (Teilhabe)-Klasse gehörte, entschied sich allein nach den objektiven Kriterien „Bildung – Beruf – Einkommen“, die von der Person und deren Fähigkeiten unabhängig allein von der sozialen Herkunft zugeschrieben wurde.

Für eine Aussage, wer in der Gesellschaft sozial und damit gesundheitlich benachteiligt ist, wären allein **die objektiven Determinanten** (Einkommen, Bildung) und die fest zugewiesene soziale Stellung innerhalb der Gesellschaft (Fabrikarbeiter, Angestellter, Beamter...) heranzuziehen gewesen. Das folgende einfache Schaubild verdeutlicht diesen starren Kausalzusammenhang, der zur gesundheitlichen Benachteiligung bestimmter sozialer Gruppen in der Klassengesellschaft führte.

Es entstand ein Kreislauf der sich bedingenden Lebensumstände, wie die bekannte einfache Graphik verdeutlicht.

(Schaubild 2: objektive Bedingungen der sozialen Benachteiligung in der Klassengesellschaft)



Die Strukturen der Gesellschaft waren **vorhersehbar, starr und typisiert**.

Wer als Kind eines Arbeiters geboren wurde, war zum Arbeiter durch Geburt bestimmt. Er verfügte über geringes Einkommen, arbeitete körperlich hart und wurde von Vorgesetzten und Behörden herablassend behandelt. Er ruinierte seine Gesundheit durch die Lebens- und Arbeitsumstände und starb erheblich früher als Angestellte und Beamte (Mooser, 1984).

Die Teilhaberechte an den sozialen Errungenschaften der Gesellschaft, wie Gesundheit und Wohlstand, waren durch die Klassenordnung vorab schon vorgegebenen. Es gab anders als heute **keine Mobilität** zu besseren sozialen Bedingungen. Sie war rechtlich und tatsächlich ausgeschlossen.

Wer Bildung und damit einen besseren Beruf erlangen und mehr Einkommen für bessere, gesündere Lebensumstände erhielt, entschied **allein die soziale Herkunft** per Geburt. Eine individuelle Entscheidung, seine eigenen Lebenschancen zu nutzen, seine Gesundheit zu bewahren, gab es für untere Schichten nicht.

Im **geringen individuellen Gestaltungsspielraum** liegt dann auch einer der größten Unterschiede zur heutigen Gesellschaft. Soziale Benachteiligungen, die sich vor allem in der Gesunderhaltung, Bildungswesen und allen Lebenssituationen offenbarten, waren dem System immanent.

Die soziale Herkunft sollte heute nicht mehr ausschlaggebend sein. Heute müsste eigene Leistung mehr zählen als der Status der Eltern. Jedenfalls in der theoretischen Betrachtung sollte es so sein, dass ein jeder Mensch in unserer Gesellschaft gleiche gesundheitliche Entwicklungschancen hat. Wer mit einem Handicap geboren wird,

sollte nach dem Sozialstaatsgedanken einen Ausgleich erhalten, um wieder mit den anderen chancengerecht aufzuschließen.⁸

Das Modell der Klassen und Schichten mit der Determinierung durch Geburt in ein bestimmtes Lebensumfeld ist für die Erklärung der sozialen Ungleichheit in unserer heutigen Gesellschaft nicht mehr angemessen. Die sozialen Strukturen sind feiner abgestimmt als früher, und die Grenzen sind weniger scharf gezogen.

Arbeiterkinder dürfen ja jetzt studieren, wenn sie es denn ermöglichen können. Es herrscht zumindest in der Grundannahme etwas, was der Klassengesellschaft von einst vom Wesen her fremd war. Die **Wahlfreiheit**, dass jeder theoretisch, unabhängig vom Status seiner Eltern, selbst nach eigener Leistungsfähigkeit (mit)bestimmen kann, welche Stellung er im sozialen Gefüge innehaben wird.

Unterschiedlich bleiben nur die aufgewendete Energie und die Leistungsbewertung durch die Gesellschaft, die je nach Ausstattung der sozialen Herkunft erforderlich sind, um ein Ziel zu erreichen.

Und im unterschiedlichen, **leistungsunabhängigen Unterstützen der Lebenspläne** besteht auch in der modernen Gesellschaft immer noch eine soziale Benachteiligung. Die Beschreibung von gesundheitlicher Benachteiligung kann daher nicht auf den mangelnden Willen der Betroffenen abstellen, sich nicht zu gesünderem Verhalten, das sie allein durch eigenen Willen erreichen könnten, motivieren zu lassen. Wenn ihre soziale Stellung immer noch entscheidenden Einfluss auf ihre Fähigkeitsentfaltung und Selbstwirksamkeit hat, schließt rechtliche Mobilität eine Benachteiligung nach altem Prinzip im Ergebnis nicht aus.

Mobilität - eigene Entscheidung für die sozial benachteiligte Situation?

Mit zunehmender Individualisierung kommt es zu einer **Entstrukturierung der sozialen Benachteiligung** und sie ist freigesetzt aus den sozialen Bindungen (Geißler, 1992).

Es unterscheiden sich die Lebensstile der einzelnen Individuen, die von der Gesellschaft in unterschiedlichem Umfang unterstützt oder abgelehnt werden

⁸ Beispiele sind das SchwerbehindertenG und BAföG. Leider erweisen sie sich in der Praxis durch viele Ausnahmeregeln und Schlupflöcher als überdenkenswert. Beim BAföG werden Kinder selbstständiger Eltern regelhaft wegen der sehr großzügigen Absetzungsregeln beim Einkommen bevorzugt. Oft werden so auf dem Wege des sekundären Nutzens jene gefördert, die der Förderung nicht bedürfen.

würden. Ausschlaggebend ist weniger die soziale Herkunft an sich, sondern ein Agglomerat aus Faktoren, wie Kapital und Kompetenzen, die sich aus ihr ergeben.⁹

Bourdieu beschreibt die Differenzierung als **soziale Lagen** (Bourdieu 1983).

Sie seien aus drei Grundelementen heraus bestimmbar. Zum einen entschiede die verschiedene Ausstattung mit Kapitalvolumen, mit Kapitalstruktur (soziales Kapital, kulturelle Ausstattung) und die soziale Laufbahn über Benachteiligung oder Bevorzugung in der Gesellschaft. Dabei verbindet Bourdieu diese Determinanten mit der **Individualentwicklung**. Eine Benachteiligung kann daher mit zunehmendem Entwicklungsstand des Individuums wachsen.

Es kann ein fortschreitendes Zurückfallen zwischen der sich bietenden Ausstattung des Individuums und der wachsenden, an den Entwicklungsstand anpassen, gesellschaftlich vorausgesetzten Ausstattung entstehen. Zum Beispiel sind 100 Euro Taschengeld für ein Kind viel, als Jugendlicher passabel und als Erwachsener wenig. Ähnliches ließe es sich für andere Determinanten der sozialen Lage aussagen.

Einerseits gibt es eine größere Individualität, andererseits bedarf diese auch der materiellen oder sozialen Unterstützung durch die Gesellschaft. Beides ist nach wie vor entscheidend von der Bildung und damit dem „Kapital“ der Eltern abhängig.

Benachteiligung ist damit nicht nur individuell, sondern trägt sich strukturiert von Generation zu Generation fort, ohne dass es auf **individuelle Wahlmöglichkeiten** wesentlich ankommt.

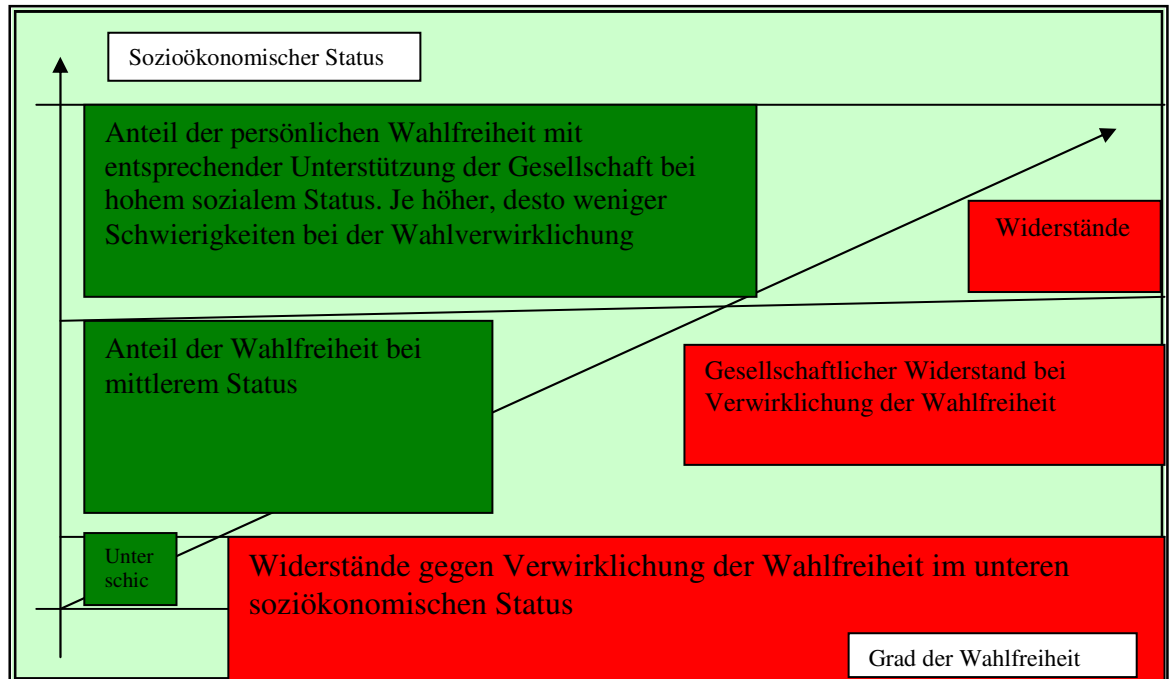
Im Schaubild verdeutlicht, wie sehr der sozioökonomische Status die Summe der Wahlfreiheit als solche beeinflusst, und bei ohnehin kleinen Handlungsspielräumen die **Widerstände gegen individuelle Entwicklungschancen** antiproportional ansteigen lässt.

Je höher der soziale Status desto größer der individuelle Gestaltungsspielraum und die Unterstützung der individuellen Freiheiten durch die Gesellschaft. (im Schaubild grün dargestellt). Die gesellschaftlichen Widerstände, die zu überwinden sind, rot dargestellt, verringern sich hingegen durch die große Unterstützung infolge der hohen sozioökonomischen Position. Diese Relation von Förderung und Widerstand

⁹ Kritisch hingegen beispielhaft Beck (1998), der Wahlfreiheit in Bindung an soziale Bindungen annimmt, die die Wahlfreiheit weiten oder extrem einengen können. Die Wahlfreiheit eines ALG II-Empfängers ist sehr eingeschränkt, was Zukünftiges anbelangt. Gleich welche Möglichkeiten er vorher hatte, sie werden nicht denen entsprechen, die der Sohn eines höheren Beamten oder eines Rechtsanwaltes haben kann. Die objektiven Determinanten sind durch die Individualisierung zwar aufgeweicht, aber noch immer grundlegend für die Individualisierung und damit für die Wahlfreiheit des Individuums.

durch die Gesellschaft je nach sozioökonomischen Status lässt eine individuelle Entscheidung fraglich erscheinen.

(Schaubild 3: Lebensstil als Ergebnis zwischen sozioökonomischer Lage und Wahlfreiheit)



Wahlfreiheit in den unterprivilegierten Milieus weicht mehr und mehr einer nur theoretisch zugeordneten Individualisierung. Ihre Lebenswege sind für die Mehrzahl der Personen von Geburt an immer noch vorherbestimmt.

Burzan beschreibt dies als Vermischen der Schichtmodelle mit den Determinanten moderner Theorien. Beide bestimmen gemeinsam die Individualität, **Lebensstile** genannt, die je nach Lebensstil und sozioökonomischer Status entweder von der Gesellschaft unterstützt oder behindert werden (Burzan, 2005).

Zur Wahlfreiheit gehören zwei Komponenten.

Die **Freiheit der Willensbildung** und die realistische Möglichkeit, das Vorhaben auch in die Tat umzusetzen. Dies unterscheidet einen individuellen Lebensplan von einer Illusion.

Ganz kann man daher, wegen der **Wechselwirkung zwischen Individualität und sozioökonomischem Status**, nicht auf die Determinanten Einkommen, Bildung und sozialer Status für die Erklärung der Mechanismen der sozialen Benachteiligung verzichten. Sie bestimmen nach wie vor das Maß der Individualität und Wahlfreiheit eines Menschen.

Selbst gegenläufige Konzepte lassen sich in der modernen Gesellschaft nach wie vor empirisch nachweisen, weil die Komplexität der sozialen Ungleichheitsverhältnissen von allen Theorien in der einen oder anderen Weise abgebildet wird.

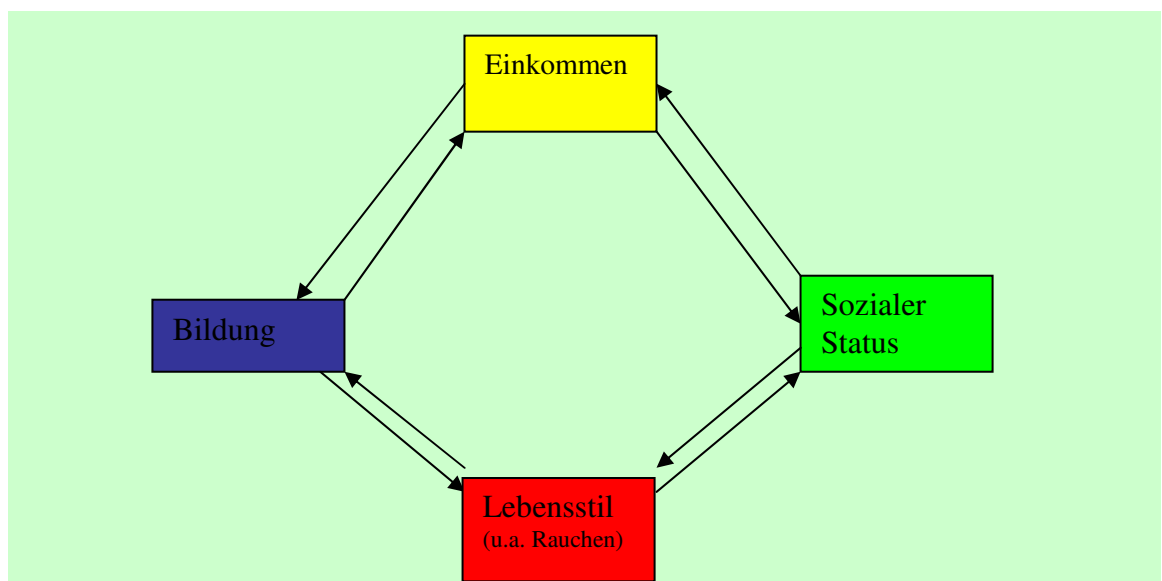
Schließlich gibt es Arbeiterkinder an den Universitäten. Aber warum machen Kinder von Beamten und Angestellten bis zu fünf Mal häufiger Abitur? Allein mit der Wahlfreiheit, sie hätten sich dagegen entschieden, lässt sich dies nicht erklären.

Vielmehr gibt es außerhalb ihres Einflussbereiches Kriterien, die objektiv gegen sie arbeiten. Und sei es drum, dass der Bildungswunsch bei ihnen durch Lebensstile, die von den Eltern und ihrem Einkommen geprägt werden, erst gar nicht keimen kann.

Der Lebensstil hängt an der sozioökonomischen Lage. Sie bestimmt den Lebensstil und damit das Gesundheitsverhalten. Und eines dieser gesundheitsrelevanten Verhalten, die der Lebensstil als Anpassung an die soziale Lage bestimmt, ist der Tabakkonsum.

Über den **Lebensstil, als Summe der Verhaltensweisen** in der Lebensgestaltung eines Menschen in Anpassung an den sozioökonomischen Status, lässt sich abweichendes Gesundheitsverhalten besser erklären als lediglich über Bildung und Einkommen. Geringes Einkommen allein ist noch kein Risiko für das Rauchen. Es kann nur einen Lebensstil und ein Milieu begünstigen, die dieses Verhalten auch bei denen, die in diese hineingeboren werden, fördern.

(Schaubild 4: Modifizierte Graphik: Lebensstil als Konsequenz und Grundlage der sozialen Lage)



Im einfachen Diagramm ist dieser Beeinflussungsprozess dargestellt, dass der Lebensstil, vorliegend das Rauchen, nicht allein an individuellen Entscheidungen

festzumachen ist, sondern von den alten objektiven Kriterien der gesellschaftlichen Einordnung entscheiden verursacht werden.

Zu den klassischen Determinanten der sozialen Ungleichheit tritt in der heutigen pluralistischen Gesellschaft, die allgemein ein größeres Maß vertikaler Mobilität de jure zulässt, ein **viertes Kriterium**. Der Lebensstil, der durch die sozioökonomische Ausstattung des prägenden Milieus bestimmt wird, determiniert das Gesundheitsverhalten eines Menschen. Als Oberbegriff bildet die soziale Lage, die **Summe der Ressourcen, Kulturpraktiken und der sozialen Unterstützung**.

Zur Erklärung des unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens erscheinen die Begriffe „Milieu“ und „Lebensstil“ als Ausdruck der willentlichen Gestaltung der Individuen besser geeignet, als starre objektive Kriterien.

Wenn man gezielt die Personen fördern will, die auf Grund einer bestimmten Stellung innerhalb der Gesellschaft einen ungesunden, nikotinbejahenden Lebensstil aufweisen, ist die Frage nach den Ursachen für diesen Lebensstil vorab zu klären.

Das gesundheitsschädigende Verhalten, das in den Lebensstil aufgenommen wird, stellt eher eine **Reaktion oder Bewältigung** auf die umgebende Situation denn eine freie Entscheidung dar, die losgelöst und völlig unabhängig das Für und Wider abgewägt hat.

Im Folgenden will ich die Strukturen erhellen, wie in Korrespondenz mit dem sozialen Milieu, in dem ein Mensch lebt, ausgerechnet ein abträgliches Gesundheitsverhalten, wie das Rauchen, gefördert werden kann.

Denn eigentlich verursacht das Rauchen doch nur Probleme. Von gesundheitlichen Einbussen abgesehen, wird es sozial immer weniger als Alltagsverhalten toleriert und bedeutet erheblichen Kosteneinsatz. Aspekte, die einen sozial prekären Alltag objektiv keinesfalls erleichtern. Dennoch scheint, trotz dieser Umstände, vom Rauchen gerade in der Bewältigung des prekären Alltags der von sozialer Benachteiligung betroffenen Personen ein scheinbar unverzichtbarer Nutzen auszugehen.

1.3.1 Fehlende soziale Teilhabe und Tabakkonsum

Die Lebenssituation verursacht eine gehäufte Aufnahme des Rauchens in den (ungesunden) Lebensstil bei Personen, die eine niedrige Ausstattung mit den objektiven Ressourcen (Bildung, Einkommen und sozialer Status) aufweisen.

Anders als früher gibt es heute soziale Absicherung, Gesundheitsversorgung, Bildungsangebote und ein allen zugängliches Wissen über gesundheitliche Risiken. Trotzdem divergiert das Gesundheitsverhalten der Menschen erheblich je nach ihrer sozialen Herkunft.

Dieser Aspekt legt die Vermutung nahe, dass das Gesundheitsverhalten einer Person weniger die höchstpersönliche Entscheidung darstellt, denn eine Anpassung an die vorherrschenden Lebensumstände, unter denen Menschen ihr Gesundheitsverhalten entwickeln.

Vor dieser **Hypothese der sozial indizierten Anpassung** des alltäglichen (Gesundheits-)Verhaltens erscheint das bislang verbreitete Ziel der Tabakpräventionspolitik, man könne durch alleinige Willensbeeinflussung und Gesundheitserziehung durch appellierende Aufklärungskampagnen das Gesundheitsverhalten positiv zum Nichtrauchen beeinflussen, als eher untauglicher Versuch.

Die Resultate sind bei den von sozialer Benachteiligung Betroffenen auch erheblich schlechter als bei Rauchern mit anderer sozialen Herkunft.

Wenn die Ursache des Gesundheitsverhaltens weniger der freie Wille als eine adaptive Reaktion auf die umgebenden Lebensumstände sein sollte, die es zu bewältigen gilt, so stellt sich die Frage, wie der Sozialstaat rechtlich mit diesem Umstand umgehen sollte.

Unsere Rechtsordnung sieht das **Gebot des sozialen Ausgleichs** vor, d. h. die Gemeinschaft hat die sozialen Ungleichheiten, die sich durch unterschiedliche materielle und individuelle Ausstattung ergeben, abzumildern bzw. zu kompensieren (Jarass, 2006: Art.20, Herzog, MD VIII 40).

Nach der Maßgabe und Willen der Legislative soll somit jeder Mensch schon von Gesetzeswegen die gleichen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten erhalten, ganz gleich in welchen Verhältnissen oder mit welchem Handicap er sein Leben beginnt. Dies müsste auch in Gesundheitsangelegenheiten verfolgt werden.

Eine freie Entscheidung kann dann aber nicht unter dem Vorbehalt stehen, ob man sich diese Entscheidung nach der Ausstattung des sozialen Milieus auch leisten zu kann, oder ob sie als Handlungsalternative deswegen unrealistisch ist.

Auf dem Boden der vorherrschenden Annahme in der Gesundheitspolitik, die Entscheidung für einen gesünderen Lebensstil sei eine reine Willensentscheidung, so käme man bei Deutung der **unterschiedlichen Gesundheitsentwicklungen** trotz

gleicher Entscheidungsoptionen im Sozialstaat zu dem Schluss, sozial weniger privilegierte Menschen entschieden sich freiwillig gegen das Nichtrauchen. Aber dann entschieden sie sich auch freiwillig gegen höhere Bildungsabschlüsse, bessere Wohngegenden, bessere Arbeitsbedingungen und mehr Einkommen.

Rauchen wird je nach sozialem Umfeld auch einen alltäglichen Anpassungsvorteil bringen. Und um eben diesen konkreten Alltagsvorteil des Rauchens in der Anpassung an ein sozial benachteiligtes Lebensumfeld geht es im Folgenden.

Rauchen als milieuangepasster Lebensstil

Soziale Benachteiligung ist kein Begriff, der sich sofort aus sich heraus erschließt. Vielmehr handelt es sich um einen vielgestaltigen Typus mit hemmenden oder verstärkenden Faktoren und deren Kombinationen. Allen Betroffenen gemein ist die Minderausstattung mit immateriellen Gütern, die für ein integriertes Leben in der Gesellschaft begünstigend wirken. Die Anzahl derer, die mit einer unzureichenden Ausstattung ihres Lebensumfeldes zurechtkommen müssen, nimmt mit zunehmender wirtschaftlicher Verschlechterung, fortschreitenden sozialen Umbrüchen (Scheidungsrate, Alleinerziehende, Patchwork-Familien), steigender Erwerbslosigkeit und ansteigender Zahl einkommensschwacher Sozialhilfeempfänger immer mehr zu (Statistisches Bundesamt, 2004). Henkel fasst den Begriff Armut auf der Grundlage des „Lebenslagenansatzes“ mehrdimensional als unterdurchschnittliche Ausstattung mit Einkommen, Arbeit, Bildung und Wohnraum zusammen (Henkel, 2000 m. w. N.)

Durch Armut sind alle **Grundschnittstellen** eines Individuums zur Sozialgemeinschaft nachteilig betroffen. Die Betroffenen sind **in allen Lebensbelangen vergleichsweise schlechter gestellt** und müssen mit dieser einschränkenden Rücksetzung täglich fertig werden. Unsere Gesellschaft, die sich immer mehr über Konsum und Hochqualifikation definiert, lässt diese soziale Zurückweisung für „Ausgeschlossene“ noch extremer erscheinen (Inglehard, 1995). Alle Verhaltensweisen, die diese Lebenssituation vermeintlich erträglicher machen und im sozialen Umfeld unterstützt werden, erscheinen als Kompetenzen zur Bewältigung dieser einschränkenden Lebenslage hilfreich. So könnte man Rauchen bei diesen Personen als eine Art Vermittler zwischen der sozial benachteiligten Lebenssituation und der subjektiven erfolgreichen Bewältigung betrachten.

Dass Rauchen keine ausschließliche Genusssache ist, wurde bereits mehrfach beschrieben, weil Rauchen von Anfang an in jungen Jahren einen instrumentellen Nutzen erfüllt (Hurrelmann, 1998: 8; Bühringer & Bühler, 2004: 181; Tarter et al. 1999). Danach geben die meisten Raucher als Grund für ihren Tabakkonsum Entspannung an, und Jugendliche verbinden damit einen Erwachsenenstatus (ebenda).

Strukturell sind damit **zwei Hauptwirkungsfelder der sozialen Ungleichheit** erkennbar, die die größere Affinität der durch soziale Benachteiligung Betroffenen für die Entscheidung zum Rauchen als Suchtverhalten verursachen, zumindest aber erheblich begünstigen.

- Die Lebenslage im sozial benachteiligtem Milieu verursacht mehr Disstress im täglichen Leben, der durch das Rauchen kompensiert wird. Jugendliche sind nach Problemverhaltenstheorie nach Jessor bei Minderausstattung mit Ressourcen zur Herausforderungsbewältigung innerhalb des Heranwachsens besonders gefährdet, problematische Verhaltensmuster zu entwickeln (Jessor, 2001). Die Gefahr liegt vor allem in der sozialen Akzeptanz des Rauchens als Lebensgestaltung ist im eigenen Umfeld, an der sich die Jugendlichen ein Beispiel nehmen (Bühringer & Bühler, 2004: 181) (positive Verstärkung).

Es ist als akzeptierte und erfolgreiche Lebensgestaltung wesentlich öfter anzutreffen als in anderen sozialen Settings und gibt Heranwachsenden ein Beispiel (**erhöhte Risikofaktoren**)

- Die geringere Ausstattung mit immateriellen Gütern und die angespannte sozioökonomische Lage lassen die Bildung von persönlichen und sozialen Bewältigungskompetenzen, die für das gesunde Auseinandersetzen mit den ohnehin beeinträchtigenden Lebensanforderungen notwendig sind, in wesentlich geringerem Umfang zu. An deren Stelle tritt dann ein gesundheitsschädigender Lebensstil, der in Korrespondenz mit der sozialen Lage als Bewältigung derselben entsteht. Alternativverhalten erscheinen den Betroffenen weniger unterstützend oder erscheinen nicht praktikabel zur Bewältigung (**Fehlen von Schutzfaktoren**)

Sozialindizierte Erhöhung der Risikofaktoren für das Rauchen

Allgemeinen Lebensstress hat zwar jeder Mensch. Die Frage ist vielmehr, handelt es sich um positiv motivierenden **Eustress** oder um **Disstress**, der als lähmend, kräftezehrend und auch deprimierend empfunden wird. Der Unterschied zwischen beiden liegt häufig weniger in der Situation selbst, sondern in der **Häufigkeit des Auftretens** (Dauerstress) und im zu erwartenden Erfolg nach der Bewältigung.

Ist der Stress der Auftakt zur Erreichung der gesetzten Erfolgsziele und erhält man dafür Anerkennung, wirkt er sich motivierend und positiv aus (Eustress). Ist der Stress aber Teil einer nicht endenwollenden **Kette gleichartiger Stresssituationen**, die weder Erfolg noch Anerkennung bringen, dann schädigt der Stress die Person an Körper und Psyche (Hurrelmann, 2000; Siegrist & v. d. Knesebeck, 2004: 121). Qualität und Intensität der psycho-sozialen Stressoren hängen von der sozioökonomischen Lage und der sozialen Rolle des Erwachsenenlebens zusammen (Siegrist & Knesebeck, 2004. 121). Stress tritt dann auf, wenn die exponierte Person die **Bedrohung oder den Verlust ihrer Kontrolle** über die zu bewältigende Situation befürchtet oder erlebt (Lazarus, 1991; Weiner, 1992). Badura umschreibt diesen Zusammenhang zwischen Situation und der Einstellung dazu so, dass je mehr die Rollenqualität, die eine Person erfährt, ihr **Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten** lässt, ihr nicht das Gefühl des Ausgeliefertseins vermittelt, desto mehr entwickeln sich Persönlichkeitsmerkmale, die als Gesundheitspotentiale fungieren (Badura, 1993).

Die Rollenqualität bei sozial Benachteiligten lässt wenig Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeit. Sie muss sich an der Ausstattung mit Ressourcen orientieren, und diese ist beschränkt. Das gilt für materielle Ressourcen ebenso wie für soziale Unterstützung durch die Gemeinschaft.

Wer am unteren Ende der Hierarchie steht, hat in seiner Rolle, die ihm zugewiesen ist, naturgemäß wenig Einfluss auf das Verhalten anderer. Er kann Entscheidungen, die die Gemeinschaft oder ihn selbst betreffen kaum mitentscheiden. Dadurch sieht sich der Betroffene als bloßes „**Objekt fremder Entscheidungen**“. Die Rolle sozial benachteiligter Personen, die am unteren Ende der Gesellschaftshierarchie stehen und keine „echten“ Mitgestaltungsmöglichkeiten haben, ihre Lebenslage zu verbessern, kann als systematisch sozial (dauer)stressig eingestuft werden.

Der Erfolg bei einer Belastungsbewältigung ist nur der, dass man eben eine Belastung überstanden hat, von denen bereits unzählige gleichartige zur Bewältigung noch anstehen. Anerkennung gibt es dafür von der sozialen Gemeinschaft nicht.

Der stete Kampf gegen leidige Alltagsprobleme und immer wiederkehrende akute existenzieller Verunsicherungen, Gefährdungen und Bedrohungen kennzeichnen das „Leben in der Defensive“ (Tobias & Boettner, 1992; Neuberger, 1997). Die Gesellschaft mit ihren Anforderungen wird deswegen oft **als feindseliger Aggressor wahrgenommen**.

Arbeitsplatzunsicherheit, ungünstige Arbeitsumgebungen, monotone Arbeitsinhalte, geringe Handlungsspielräume und Aufstiegschancen fördern letztlich gesundheitsschädliches, kompensierendes Ausweichverhalten, um mit der Situation umzugehen (Badura & Pfaff, 1996; Aneshensel, 1992).

Schon vor 25 Jahren wurde die Wirkung beschrieben, die schlechte Relation zwischen Arbeit und Entlohnung oder soziale Bestätigungen haben, sie führen zu Beeinträchtigungen der körperlichen sowie psychischen Gesundheit und strahlen in **alle Lebensbereiche** einer Person aus (Kohn & Schooler, 1983).

Selbst das Freizeitverhalten der Person wird passiv, dadurch verkümmern mentale, kognitive und soziale Ressourcen. Was folgt, ist ein **sozialer Rückzug**.

Einerseits verlieren Beruf und Arbeitsplatz zwar quantitativ in der „Freizeitgesellschaft“ als Orte der Identitätsbildung an Bedeutung, andererseits hängt von den knapper werdenden Arbeitsplätzen nach wie vor der finanzielle Status und das soziale Prestige ab, die die Lebenssituation in der Gesellschaft bestimmen (Huster, 1998). Diese soziale Selektion ist schon bei Kindern aus diesen Milieus zu beobachten, wenn sie Zurückweisungen ihrer Mitschüler wegen ihrer „uncoolen“ Kleider oder wegen Absagen bei kostenträchtigen „Events“ (Kino, Disco, Schulausflug) erfahren müssen.

Im Falle des Rauchens ist es vor allem die von Jugendlichen beobachtbare Reaktion des Rauchers auf das Nikotin, die bei einem Jugendlichen zum Entschluss führen kann, es auch damit zu versuchen (Ludwig – Boltzmann - Institut, 2003). Denn **Nikotin wirkt stimmungsaufhellend und beruhigend**.

Zigaretten sind überall zugänglich, man erhält sie angeboten. Es scheint, als ertrügen Raucher nach einer Zigarette Belastungen und Stress wesentlich leichter. Jugendliche assoziieren positive genussvolle Lebenskompetenz mit Rauchen. Durch das mehrheitlich rauchende Umfeld macht sich ein **Identifikationsphänomen** diffus

bemerkbar: Wer raucht, gehört dazu! Der prägende Einfluss der „Peer - Groups“ bei Jugendlichen zeigt das deutlich (Jessor et al. 1998; Silbereisen & Reese, 2001). In rauchenden Jugendgruppen hängen Akzeptanz und „Coolness“ vom Rauchen ab. Wer als Jugendlicher möchte schon als „uncool“ gelten? Verstärkend suchen Jugendliche sich gezielt Peer-Groups, die ihre etablierten Gewohnheiten teilen (Kandel, 1996). Dies sorgt für Integration und soziale Anerkennung zumindest im engeren eigenen Umfeld.

Die vorhandene größere **Umfeldakzeptanz im sozialen Umfeld** dem Tabakkonsum gegenüber wertet das Rauchen als allgemeinen „erwachsenen“ Lebensstil auf. Dieses Lernen am Modell ist ein erheblicher Risikofaktor für die Entstehung eines Konsummusters.

Dies gilt vor allem für Jugendliche und Heranwachsende, denen mit der Entwicklung enorme Anpassungsleistungen abverlangt werden bis sie ihre eigene erwachsene Identität entwickelt haben (Pinquart & Silbereisen, 2002; Tarter et al., 1999).

Nach Hurrelmann führen zudem schlechtere kommunikative Kompetenzen und die sozial angespannte Lage zu größeren Spannungen im Verhältnis zwischen Eltern und Jugendlichen, was die Anpassungsanforderungen zusätzlich für die betroffenen Jugendlichen erhöht (Hurrelmann & Unverzagt 2000).

Rauchen gehört für die Heranwachsenden zu einer **erwachsenen Identität**, die sie anstreben oder zu einer **Protesthaltung** gegen die sie belastende Gesellschaft (Tarter et al., 1999;). Dieser Effekt mag wohl ebenso bei Personen anderer sozialer Milieus vorliegen. Allerdings verfügen diese aber über Kompetenzen, den Druck anderweit abzubauen und gegebenenfalls professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Raucherentwöhnung). Sie sind nicht systematisch auf den **lebensbegleitenden instrumentalen Nutzen** gesundheitsschädigender Anpassungsverhalten angewiesen. Außerdem verspüren Jugendliche aus sozial besser gestellten Milieus wegen der besseren Kompetenzausstattung der Eltern und der besseren Ausstattung des Lebensumfeldes weniger schädlichen Anpassungsdruck.

Von sozialer Benachteiligung betroffenen Personen bringt das Rauchen in Bezug auf die Lebenssituation indes **zwei ableitbare Vorteile**.

1. Es hilft erstens über die Enttäuschung der mangelnden Anerkennung hinweg (psychogene Wirkung),

und

2. zweitens hilft es durch Alltagsbewältigung die (gesellschaftlich) vorgegebenen Anforderungen zu erfüllen, die funktional in einer hocharbeitsteiligen Gesellschaft ihnen unter Umständen zugeordnet werden.

Die schwere Lebenssituation ist schon für sich allein betrachtet, eine **Agglomeration von erhöhten Risikofaktoren** für das Rauchen. Aber vor allem ist sie damit auch ein Risiko für die Entwicklung von Lebenskompetenzen im Dialog mit der Gemeinschaft, um die gestellten Anforderungen nicht auf Kosten der Gesundheit erfüllen.

Das heißt, zusätzlich zu der höheren Belastung durch die Lebenslage und die Förderung des Rauchens als **akzeptiertes Bewältigungsverhalten**, ist auch die Entwicklungschance für die Fähigkeit, Probleme gesund zu lösen, deswegen auch nicht gefördert.

Darin liegt die zweite Grundlage für ein präventionsresistenteres Rauchverhalten sozial Benachteiligter im Vergleich zu anderen Rauchern

Rauchen – ein Kompetenzdefizit oder eine echte Lebenskompetenz?

Nikotinabusus, bestimmt aber Nikotinabhängigkeit, sind Formen eines Suchtmusters. Sucht ist nach neuerer Erkenntnis keine Folge genetischer Disposition (Suchtpersönlichkeit), sondern ein **mehrdimensionales Ineinandergreifen** von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das, je nachdem, welche Faktorengruppe qualitativ überwiegt, ein Suchtverhalten hervorruft oder hemmt (Jessor/ Turbin & Costa, 1998).

Die Bedeutung und Schwere einer externen Belastung als Risikofaktor hängen davon ab, wie die Einschätzung des Menschen von der Problematik und seiner eigenen psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen, auf die er für die Bewältigung zurückgreifen kann, ausfällt (Lazarus, 1991).

Ein größeres Maß an **Belastungen** bzw. Risiken durch die Lebensumstände könnte nur dadurch kompensiert werden, dass **Schutzfaktoren** in entsprechend größerem Umfang zur Verfügung ständen.

Nach der Salutogenesetheorie nach Antonowski zählen zu diesen Schutzfaktoren alle personalen, sozialen und kulturellen Ressourcen, die helfen, die Stressoren der sozialen Lage ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu bewältigen. Nach diesem

Modell von Antonowski (Antonowski, 1987) besteht Gesundheit aus diesem **dynamischen Gleichgewicht** zwischen gesundheitsbelastenden Faktoren (Anforderungen, Belastungen, Risiken) und Schutzfaktoren (Kompetenzen, soziale Unterstützung, Ressourcen). Kompetenzen als Schutzfaktoren im gesundheitlichen Sinn sind alle allgemeinen **Lebenskompetenzen**, die dazu dienen, den Wert seiner Person und seiner Gesundheit zu erkennen, diese nachhaltig im sozialen Austausch mit der Gesellschaft zu bewahren (Altgeld & Kolip, 2004: 41f).

Wer, wie sozial Benachteiligte, in einem suchtfördernden Umfeld lebt, aber im Gegenzug über viel Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit, soziale Integration und ein ausgesprochenes Gesundheitsbewusstsein als Ausdruck eines gesunden Selbstwertes verfügt, ist weitaus weniger gefährdet, der Sucht zu erliegen. Für ihn träfen auch die **Kompensationsvorteile** dieses Suchtverhaltens dann nicht (mehr) zu. Er hätte andere Bewältigungskompetenzen für die Anforderung des Umfeldes. Allerdings ist das bei den von sozialer Benachteiligung betroffenen Personen gerade nicht der Fall.

Lebenskompetenzen basieren auf **Basiskompetenzen**, auf denen die spätere Entwicklung der Fähigkeiten zum Einsatz individueller und kollektiver Problembewältigungsstrategien sich gründet, die schon in der Familie vermittelt werden (Tress, 1986; Hars & Maier, 1992). Kompetenzen oder Ressourcen bilden sich nicht einfach so. Sie bilden sich in Kooperation mit der sozialen Gemeinschaft durch Adaptieren, Verstärken oder Hemmen und kognitives Lernen (Keller & Hafner, 2003). Und da liegt die Problematik sozial Benachteiligter, die neben der größeren Risikolast durch die Lebensumstände auch weniger Basiskompetenzen zur Bewältigung aufweisen. Sozial benachteiligt sein bedeutet demnach, eine erhebliche **Negativbilanz** zwischen Risiko- und Schutzfaktoren mit durchs Leben zu tragen.

Ein Beispiel für eine Potenzierung der Risiken ist der Bildungsstand.

Mit dem Bildungsgrad steigen u.a. die Fähigkeiten, wie Urteilsfähigkeit, Flexibilität, Kreativität und Selbständigkeit (Inglehard, 1995). Diese werden an die nachfolgende Generation weitergegeben. Je höher also der Bildungsgrad, desto größer ist auch das Selbstvertrauen in die Bewältigung beruflicher bzw. sozialer Lebensanforderungen, und desto positiver die Einwirkung auf die nachfolgende Generation (Hurrelmann, 2000; Hurrelmann & Unverzagt 2000). Die positive Einstellung zur Anforderung und zur eigenen Kompetenz ist eine Grundvoraussetzung für das zufrieden stellende Bewältigen der Risiken im Lebensalltag (Arbeit, Kindererziehung etc.).

Weniger die Sache selbst schädigt, sondern die Einstellung dazu. Mit dem Selbstwertgefühl steigt die Aktivität in der **Bewältigung von Anforderungen** und dem Erkennen des Wertes der eigenen Gesundheit.

Positive Einstellung, effektive Bewältigungsmotivation sind wichtige Prozesse der Selbstregulation, des Selbstwertgefühls und für das Zugehörigkeitsgefühl. Als *conditio sine qua non* muss dieses **Kompetenzgerüst** erworben werden, in dem es vor allem durch soziale Integration und Unterstützung gestärkt wird. Ist das soziale Gefüge, das prägt, fördernd, wachsen die (Gesundheits-)Kompetenzen. Ist es abweisend, so verkümmern sie. Eine individuelle Prägung und Kompetenzentwicklung hängt vom engeren Erfahrungsumfeld eines Menschen ab (Müller, 1997). Wer keine soziale Anerkennung und Unterstützung erhält, sieht sich in seiner Selbstwirksamkeit und seiner Kompetenz als „Verlierer“.

Der Belastungsdruck wird mit zunehmender **Kompetenzverminderung** und im Laufe der Entwicklung steigenden Komplexizität der sozialen Kompetenzanforderungen dann immer größer (Jugert et al. 2002). Die Person fühlt sich ausgeliefert und wird eher passiv gegenüber einer Verbesserung ihrer Lage. Aber gerade dies wäre der gesundheitsfördernde Ansatz, die Aufwertung der Kompetenzen des Einzelnen, damit er auf die Umstände seines Lebensbereiches positiv einwirkt (Kickbusch, 2003)

Schon in früher Kindheit empfinden Kinder sozial benachteiligter Herkunft die mangelnde Bestätigung durch die Gesellschaft als Stigma und reagieren mit Selbstwertverlust. Ihre Bewältigungsstrategien gegenüber dem sozialen Umfeld werden passiv und gehemmt. Eine Veröffentlichung des Kinderschutzbundes zur Pisa-Studie wies auf diesen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Lernfähigkeit im frühen Kindesalter hin. Die Kinder schämten sich ihrer ärmeren Herkunft und diese **Scham blockiert die Lernfähigkeit**, hemmt die Denk- und Ausdrucksfähigkeit (Kinderschutzbund, 2002). Die Folgen für ihre schulische Laufbahn sind absehbar.

Eltern aus sozial benachteiligten Milieus sind wegen der eigenen gehemmten Bildungskompetenz auch weniger bereit, in Bildung bzw. Ausbildung ihrer Kinder zu investieren (Klocke, 1998). Frühes Rauchen ist zumeist ein Indiz u. a. für geringe Lebenszufriedenheit, die kompensiert werden soll. Wer als Jugendlicher schon viel raucht, hat oft schlechte Beziehungen zu den Eltern (Hurrelmann, 2004a). Jugendliche wenden sich daher oft **Peer-Groups** zu, die konsumieren, da diese ihre

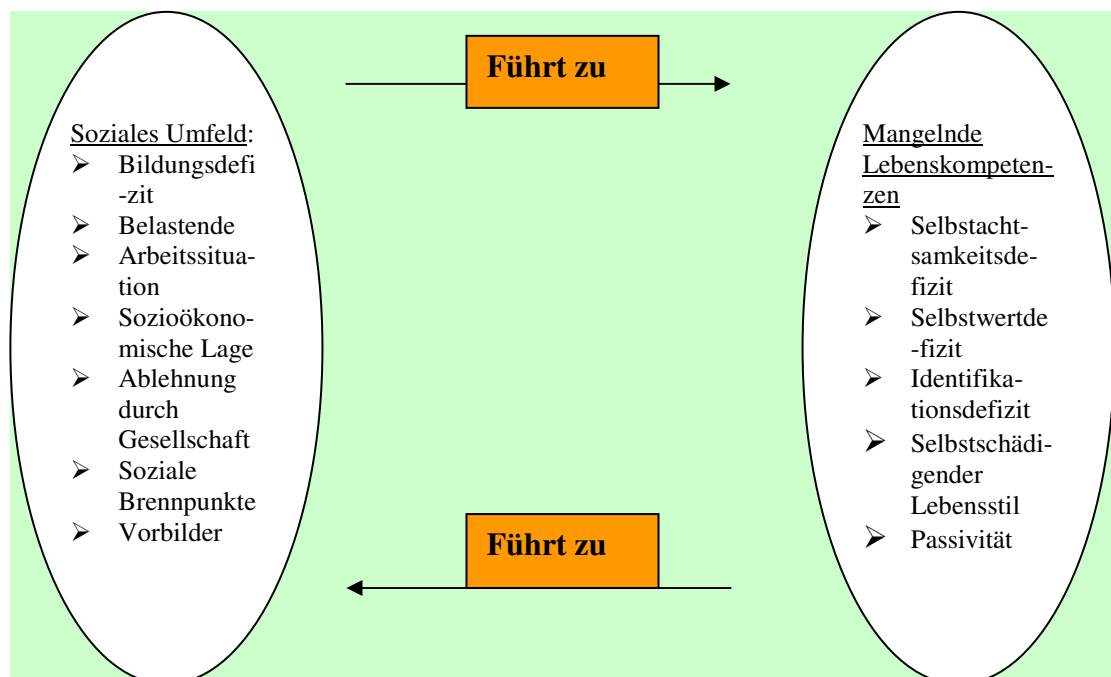
geringen sozialen Kompetenzen als „**Leitkultur**“ aufweisen und **Rückhalt** geben, den sie außerhalb nicht erhalten (Leppin & Hurrelmann 2000).

Wegen dieser schon früh erfolgenden sozialen „Kompetenzbehinderung“ sind ihnen bessere Lebensperspektiven in der modernen, hoch technisierten Informationsgesellschaft verwehrt. Überdies scheinen die gesellschaftlichen Vorgaben von Kommunikations-, Konflikt- und sozialer Kompetenz im Laufe der technischen und wirtschaftlichen Weiterentwicklung immer komplexer zu werden. Das Erfahrungsumfeld, das die Prägung der individuellen Kompetenzen als Schutzfaktoren für die Gesundheit bestimmt, wird dadurch im Verhältnis fortschreitend ungünstiger für die **Bildung von Schutzfaktoren** in den sozial benachteiligten Milieus.

Die Abbildung stellt diesen beschriebenen Teufelskreis über die Kausalverknüpfung zwischen Umfeld und Kompetenzentwicklung, die bilateral abläuft, graphisch dar.

Aus gesellschaftlicher Sicht erscheint die Kompetenzentwicklung durch Vorenthalten sozialer Bestätigung unter Umständen auch als ein **Instrument der Funktionszuweisung**.

(Schaubild 5: Gegenseitige Beeinflussung Kompetenzbildung und soziale Lebensbedingungen)



Ressourcen sind kein Kontinuum. Vielmehr können sie sich bei Verschlechtern der sozialen Lage, z. B. bei Hinzutreten eines weiteren Faktors (z.B. Arbeitslosigkeit), im Lauf des Lebens weiter reduzieren.

Die soziale Gemeinschaft erscheint aber nur jenen gegenüber als hilfreich, positiv und fördert mit sozialer Bestätigung die Kompetenzbildung, die über die von ihr

geforderten **Schlüsselqualifikationen** verfügen, um diesen sozialen Beistand einzufordern und zu nutzen.

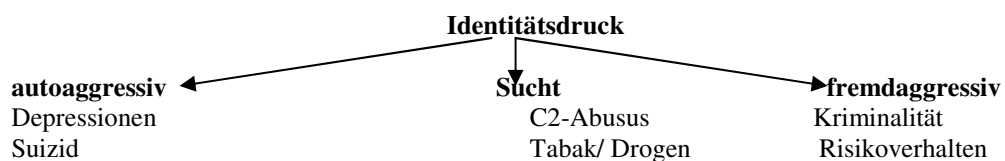
Keine soziale Bestätigung bzw. Diskriminierung führt zur Resignation oder Trotzreaktionen. Beides sind erhebliche **gesundheitliche Risiken und „Schutzfaktorkiller“**.

Ein Ergebnis auf diese passive und wenig kommunikative Kompetenzprägung in sozial benachteiligten Milieus ist auch die größere Prävalenz für depressive und psychosomatische Syndrome, die als Folge der Verarbeitung der sozialen Diskriminierung unter hohem psychischem Aufwand entstehen (Schnabel & Hurrelmann 1999). Wer seine kognitiven, mentalen und psychischen Ressourcen mit der **Verarbeitung der ablehnenden Erfahrung** mit der sozialen Gemeinschaft bindet, kann kaum Ressourcen aufbauen und erhalten.

In Ermangelung von aktiven und kommunikativen Bewältigungskompetenzen als Schutzfaktoren für die seelische und körperliche Gesundheit im Dialog mit der Gesellschaft wird ein „Spannungskompensationsventil“ gesucht (Henkel, 2000a).

Der sich **durch die Zurücksetzung aufstauende Identitätsdruck** wird durch ein passives selbstschädigendes Verhalten oft zum Erhalt der Leistungsfähigkeit abgelassen. Entweder entstehen psychische Schäden, Aggressivität oder wie so oft kompensierende Süchte wie das Tabakrauchen. Womit wieder weitere gesundheitliche Risiken und soziale Diskriminierungen entstehen.

(Schaubild 6: Ventile für den Identitätsdruck)



Die größere Affinität zum Rauchen ist unter dem Aspekt, dass diese Personen, trotz belastenderer Lebenslage, mit weniger gesellschaftlich relevanten allgemeinen Lebenskompetenzen ausgestattet sind, ein funktionales Handeln.

Und eine derart **funktionale „Scheinkompetenz“** des selbstschädigenden Verhaltens als Kompensation der gehemmten äußeren und inneren Lebenslage entwickelt sich systematisch am ehesten bei den sozial benachteiligten Schichten der Gesellschaft (Jugert et al. 2002; Petermann & Petermann, 2000).

Andere Personen rauchen zwar ebenfalls aus Kompensation. Sie sind aber als Individuum von dieser Lage betroffen und nicht systematisch als Mitglied eines ganzen sozialen Umfeldes in diese Situation eingebracht und geprägt worden.

Die relativ preisgünstigen und sozial akzeptierten Zigaretten sind die typische „Krücke“, um das sozial benachteiligte Leben zu gestalten. Andere Drogen, wie Kokain und Designerdrogen, haben hingegen eine andere soziale Heimat in anderen Milieus für andere Zwecke gefunden (BZgA 2004; Pörksen, 2000). Sie sollen den Lebensgenuss noch steigern helfen.¹⁰

Durch das „Leben in der Defensive“ aber nehmen die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und des Selbstwertes so sehr Schaden, so dass sich gegenüber den Anforderungen des sozialen Lebens eine **fatalistische Grundhaltung** einstellt.

Abhängigkeit ist Krankheit (Hüllinghorst, 2000). Sie ist kein Lebensstil, sondern immer ein gescheiterter Bewältigungsversuch.

Auf seine Weise hilft das Rauchen den sozial benachteiligten Menschen ihre Lage zu ertragen sowie für die Gesellschaft noch zu funktionieren.

Rauchen ist daher in seiner Funktion kein Kompetenzdefizit, sondern eine echte auf Anpassung der sozial benachteiligten Lage zugeschnittene Lebensbewältigungskompetenz. Das wird bei den Vorschlägen zur Tabakprävention zu berücksichtigen sein, dass es nicht nur darum gehen kann, (Wissens-)defizite auszugleichen, um das Kompetenzloch zu schließen. Eine Kompetenz, hier das Rauchen, muss gegen eine mindestens genauso alltagserleichternde Ersatzkompetenz ausgetauscht werden, wenn ein dauerhafter Erfolg im Lebensstil der Menschen, mit ihren nach wie vor schwierigen sozialen Rahmenbedingungen, erreicht werden soll.

Nach der Darstellung des Zusammenhangs zwischen der sozioökonomischen Ausstattung eines Umfeldes mit höherem Risikofaktorpotential, das durch entsprechenden Kompetenzaufbau nicht kompensiert werden kann, und der Entwicklung vom ungesunden Gesundheitsverhalten, interessiert nun die **Zurechnung der Verantwortung** für dieses Verhalten.

Jeder Raucher entscheidet sich für das Rauchen und gegen das Nichtrauchen. Niemand wird angesichts der allgemeinen Verbreitung der Warnungen vor den

¹⁰ Eingedenk an die zahlreichen „Promis“, die in der letzten Zeit mit Kokaingebrauch in Verbindung gebracht wurden, weil sie ihren „Lebensgenuss“ steigern wollten. Sie kompensieren die „belastende“, gesicherte „Eintönigkeit“ ihres privilegierten Lebens mit einem zusätzlichen „Kickerlebnis“. Ihre Eigenwahrnehmung wird dadurch noch übersteigert.

Gefahren des Zigarettenrauchens noch ernsthaft behaupten, er habe sich damit nicht auch für das Risiko selbst entschieden, da er um die Folgen nicht gewusst habe. Aber wie ist die soziale Determinierung durch die Lebensumstände zu werten, die das Rauchen als echte Bewältigungskompetenz fördern?

1.3.2 Rauchen - Eigenverantwortlichkeit und sozial determinierte Anpassung

Die Alternativen in Zurechnung der Verantwortung für den Tabakkonsum an jemand anderen als den Raucher selbst, bestehen zurzeit nur theoretisch. Faktisch, so zeigen Aufklärungskampagnen akzentuiert man die **Eigenverantwortlichkeit des Rauchers**. Der Wille zum Rauchen ist die einzige Ursache für den Konsum, die Abkehr von diesem Vorsatz der Weg zum Nichtrauchen.

Erschwerend kommt in einer sich wandelnden Sozialpolitik, die sich immer mehr zurückzieht, hinzu, dass Selbstverantwortung und Eigenleistung gewollte Kompetenzen sein sollen (Rosenbrock, 1997). **Gesundheit, Wellness und Fitness** sind Schlüsselwörter für das gesellschaftliche Wertesystem geworden. Schon Mitte der 1990er Jahre wurde Gesundheit als (käufliche) Individualleistung und Erfolgsprämie der gesellschaftlichen „Siegertypen“ definiert (Keupp, 1995). Nach Tesh, der schon Jahre zuvor eine Zugehörigkeit zur erfolgreichen Wohlstandsfraktion der „**Selfmade-Gesunden**“ anprangerte, die die Verantwortung für tabakindizierte Erkrankungen auf die Raucher übertragen und eine Verantwortung für die Gesundheit der Mitmenschen sowie solidarischer Grundsätze ablehnen wollen (Tesh, 1990).

Aus der Sicht derer, die weder am Wohlstand noch an rauchfreier Fitness teilhaben, bedeutet diese Entwicklung eine weitere **Entsolidarisierung**, die geeignet ist, ihr Selbstwertgefühl und damit ihre sozialen und kulturellen Ressourcen zugunsten eines suggerierten, **kollektiven Minderwertigkeits- oder Schuldgefühls** weiter schwinden zu lassen.

Denn zynisch umschrieben, bedeutet dieser Trend zur selbst geschaffenen Gesundheit als Erfolgsprämie für die, die sich die Wellness nicht leisten können:

„Du bist arm und hast eine schlechtere Gesundheit, weil du es nicht besser haben willst!“

Gemäß sozialwissenschaftlicher Betrachtung wurde die starke Tendenz unserer Gesellschaft zum Pluralismus und Individualismus, Anfang der 1990er Jahre noch eher als positive **Entwicklung zu größerer Wahlfreiheit**, in Form einer eigenen Entscheidung zwischen den verschiedenen gesellschaftlich gebotenen Lebensstilen, beschrieben, ohne dass es noch direkt auf objektive Differenzierungskriterien (Einkommen, Bildung, Beruf..) entscheidend ankomme (Lüdke, 1989; Berger & Hradil, 1990; Hörning & Michailow 1990).

So verwundert es nicht, wenn diese Beurteilung auch für gesundheitliches Verhalten angenommen wurde.

Sperlich und Mielk fassten jede Verhaltensäußerung und Vorliebe, auch in gesundheitlichen Verhaltensweisen, als alleinigen **Ausdruck der individuellen Präferenzen** einer Person auf (Sperlich & Mielck 2000 m.w.N.). Vor diesem Hintergrund entsteht gesundheitliche Ungleichheit durch eine unterschiedliche, individuelle Entscheidung der Betroffenen, sich gesundheitsschädlich zu verhalten.

Träfe dies so zu, wären die vom Rauchen besonders betroffenen Personen in benachteiligten sozialen Milieus allein durch ihre eigene Präferenz Raucher, und damit allein verantwortlich für die Gesundheitsschädigung.¹¹

Ihre sozioökonomische Lage und ihr Bildungsstand, die diese Entscheidung erheblich fördern können, wären irrelevant für die Verantwortung ihres Rauchverhaltens.

Neigt man diesem Trend zu, so hätte Prävention gegen das Rauchen demzufolge nur einen Ansatzpunkt. Diese individuelle Entscheidung der Raucher durch Aufklärung und **Gesundheitserziehung** so zu beeinflussen, dass er sich zum Nichtrauchen entschließt.

Bildlich gesprochen, unterbreitet die Gesellschaft ein Angebot zu einer Verhaltensänderung, das der Betroffene wie in einer Art **Gesundheitsverhaltensvertrag** mit Annahme des gesellschaftlichen Angebotes akzeptiert. Im Gegenzug erhält er dafür Vorteile. Für eine Gesellschaft, in der immer mehr mit Selbstverantwortung und Individualisierung als sozial und politisch

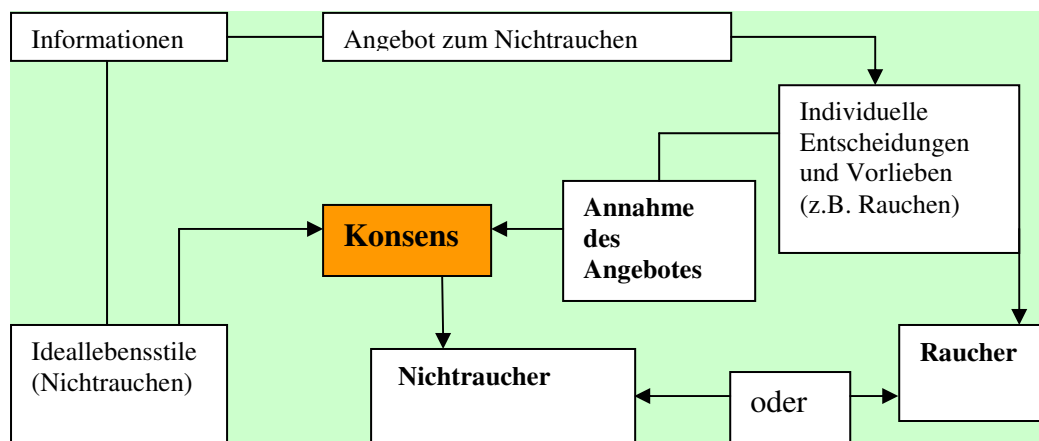
¹¹ Nun mag man anführen, ein Straftäter, der durch soziale Umstände straffällig wurde, trägt auch die Verantwortung für sein Handeln und nicht die Gesellschaft. Das ist aber nur bedingt richtig. Einerseits werden von Gerichten wegen dieser Umstände bei der Schuldzuweisung und Strafbemessung berücksichtigt. Andererseits besteht ein erheblicher Unterschied zwischen Straftat und Rauchen. Der eine stellt sich bewusst gegen die Gesellschaftsordnung, dem anderen hilft das Verhalten bei der Bewältigung seiner gesellschaftlich zu erkannten Lebenswirklichkeit. Es dient dem Erhalt des gesellschaftlich akzeptierten Handelns.

gewollte Werte, statt mit gesellschaftlicher Solidarität, operiert wird, ist diese Erklärung des Gesundheitsverhaltens prädestiniert (Rosenbrock, 1997).

Zumal diese Herleitung des unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens den sozial- und gesundheitspolitisch Verantwortlichen die Möglichkeit bietet, den gesundheitlich Benachteiligten ihre gesundheitsschädigende Benachteiligung als eigenes Fehlverhalten vorzuhalten. Die Frage nach der Beteiligung der Gemeinschaft stellt sich dabei ebenso wenig, wie die nach sozialen Interventionen.

Das folgende Schaubild stellt diesen Konsensschluss zwischen antragender Gesellschaft und Raucher graphisch dar, an dessen Ende ein „Gesundheitsvertrag“ stünde, der das Nichtrauchen vorsieht.

(Schaubild 7: Der Gesundheitsvertrag zwischen Individuum und Gemeinschaft)



Dieser Wertung der Unterschiede im Gesundheitsverhalten ist allerdings entgegen zu halten, dass den klassischen (objektiven) Determinanten nach wie vor auch in der heutigen Gesellschaft noch eine erhebliche sozialstrukturelle Prägekraft zukommt, und dass das Einkommen immer noch erheblich auf die Gestaltungsmöglichkeit von Lebenschancen einwirkt (Hübinger, 1996).

Anders wäre kaum zu erklären, warum gebildete, einkommensstärkere Personen, diese autonome, individuelle Entscheidung weitaus weniger zugunsten des Rauchens treffen als jene mit sozialer Minderausstattung in ihrer Herkunft. Die als positiv empfundenen Folgen des Rauchens sind doch für alle Raucher gleich.

Ohne einen **sozialwirksamen Anreiz** würde sich wohl auch niemand wieder besseres Wissen für ein gesundheitsschädigendes Verhalten entscheiden.

Wie ein Beispiel zeigt, werden Nachtarbeit und Schichtarbeit durch Zuschläge besser bezahlt als andere vergleichbare Tätigkeiten. Wenngleich sie schon lange als gesundheitsschädigend eingestuft werden, entscheiden sich doch viele Menschen

„freiwillig“ für diese Arbeitszeitmodelle. Dass man sich dennoch für sie entscheidet, ist vor allem in der sozioökonomischen Lage des Betroffenen zu suchen. Entweder hat man keine Wahl oder neben einem Mehrertrag der Arbeitskraft wird eventuell Tagesfreizeit (z. B. für die Kinderbetreuung) erzielt. Beides ist den Betroffenen nützlich, die Anforderungen der Lebensgestaltung zu erfüllen.

Man braucht das Geld. Eine professionelle Kinderbetreuung ist nicht bezahlbar. Was an sozialer Unterstützung und finanzieller Ausstattung der Lebensumstände fehlt, wird durch „**Verkauf**“ der **eigenen Gesundheit** kompensiert.

Insofern findet zwar eine Entscheidung statt. Aber die Tatsache einer Entscheidung sagt noch nichts über die zugrunde liegende Motivation zu dieser Entscheidung aus.

Selbst der Genötigte (§240 StGB) fällt noch eine eigene Entscheidung, um Druck von sich abzuwenden, wenn sie auch von außen diktiert wird. So extrem ist der **Angriff auf die Entschließungsfreiheit** der Personen in sozial benachteiligten Milieus zwar nicht. Dennoch bestehen da Parallelen, die es zu überdenken gilt, um die Frage der Verantwortungszurechnung sachgerecht beantworten zu können.

Schließlich besteht eine Förderung der Entschließungsfreiheit für das Rauchen und gegen das Nichtrauchen durch Anpassung an das soziale Milieu. Die Gesellschaft profitiert sogar zum Teil von diesen milieugepassten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (Nachtarbeit, Schichtarbeit...) und setzt, bewusst oder unbewusst, sozial wirksame Anreize zu Förderung dieses Verhalten ein.

Die Anreize aus ihrem Milieu lassen für sozial Benachteiligte eine gesundheitsschädigende Entscheidung attraktiv erscheinen. Dazu gehört auch ein akzeptiertes erfolgreiches Alltagsbewältigungsverhalten, wie das Rauchen, zu adaptieren.

Mit einer frei gewählten individuellen Lebensentscheidung, die unabhängig von der eigenen sozialen Lage getroffen wird, hat dies wenig zu tun. Die soziale Lage ist die verursachende **motivatorische Triebfeder** für diese bewusste oder unbewusste Entscheidung zu einem bestimmten (gesundheitsschädigenden) Verhalten, das eben zum eigenen sozialen Umfeld als akzeptiertes Verhalten gehört und Alltagsvorteile verschafft.

Im Umkehrschluss träfe z. B. eine sozial gesicherte und einkommensstarke Person der Oberschicht für einen Gehaltszuschlag oder mehr Tagesfreizeit sicherlich keine gesundheitsabträgliche Entscheidung. Die Zuschläge brächten ihr auch keinen sozialwirksamen Anreiz, die Gesundheit zu „verkaufen“. Ebenso verhielte es sich

mit dem Rauchen. Im sozialen Umfeld dieser Person weniger akzeptiert, gilt es demnach nicht als erfolgreiche, aktive Lebensgestaltung. Sie hat die Mittel, ihren Alltag individuell und befriedigend zu gestalten. Sie kann sich darüber hinaus anderen Fragen widmen als der Bewältigung alltäglicher Grundanforderungen.

Daran wird erkennbar, die Pluralisierungs- und Individualisierungstendenz als **Gestaltungsfreiheit von Lebenschancen** ist im Wesentlichen dem Umfeld der oberen (einkommensstärkeren) Schichten zuzuordnen, während untere Schichten ausgenommen sind (Meier, 1994; Konietzka, 1995). Schnabel resümiert zur Verursachung zwischen prekärer Lebenslage und Gesundheit, dass niedriges Bildungsniveau und geringes Einkommen nicht nur für eine Einschränkung des Konsums sorgen, sondern sie hemmen auch die Möglichkeit, durch Nutzung persönlicher oder gesellschaftlicher Ressourcen, sich mit Belastungen in Beruf und privatem Umfeld gesundheitserhaltend bzw. gesundheitsfördernd auseinander zu setzen (Schnabel, 2001). Die Individualisierung und die pluralistische Strukturen führen lediglich zur **Berücksichtigung subjektiver Kriterien**.

Obleich zur gleichen Schicht gehörend haben Männer als Arbeiter oder Migranten ein schlechteres Gesundheitsverhalten als Frauen oder niederer Angestellte, man spricht von horizontaler Differenzierung ((Mielck, 1994).

Sie zeigt nur, dass ein mehr oder minder vorhandener, **gesellschaftlich zugestandener Spielraum** für eine individuelle Gestaltung des Lebensstils innerhalb des gegebenen sozioökonomischen Rahmen vorhanden ist. Die soziale Herkunft, die diese Entscheidungen für oder gegen gesundheitserhaltendes Verhalten letztlich in Anzahl und vor allem Ausmaß bestimmt, bleibt nach wie vor der „genetische Code“ für die gesundheitlichen Entwicklungschancen.

Jeder Mensch ist ein soziales Wesen und seine Entscheidungen fällt er als Teil eines sozialen Gesamtgefüges. Mit der benachteiligten sozialen Lage sind **Determinanten** verbunden, die dem Raucher das Rauchen angenehmer und hilfreicher erscheinen lassen als das Nichtrauchen.

Aber ist diese willentliche Entscheidung trotz der sozialen Einschränkungen des Entscheidungsrahmens frei und kann man sie allein kausal dem einzelnen Raucher zurechnen?

Das deutsche Rechtssystem erfasst im Zivil- und Strafrecht drei Einschränkungen auf die Entschließungsfreiheit als Gestaltungsrechte bzw. Tatbestände.

Wenn eine dieser **Verursachungen für eine Entscheidung** (Täuschung, Drohung oder Gewalt) vorläge, wäre eine alleinige Entscheidungszurechnung zum einzelnen Raucher zumindest rechtlich fraglich.

Die soziale Struktur unseres Systems verhindert, wie oben dargestellt, die Veränderung des Lebensstils durch Widerstände.

Man könnte diesen „Zwang“ zur Beibehaltung eines bestimmten Lebensstils, der durch die soziale Lage herbeigeführt und gefördert wird, als strukturelle Gewalt beschreiben. Diese Art struktureller Gewalt könnte die Menschen davon abhalten, ihren eventuellen Änderungswillen zu gesünderem Verhalten zu entwickeln und in die Tat umzusetzen. Der Lebensstil und damit das Rauchen als Ausdruck einer freien Entscheidung erschienen vor diesem Hintergrund ebenso zweifelhaft frei gewählt, wie der Verzicht auf das Abitur bei Kindern von Hartz IV empfangenen Eltern.

Auf diese zweifelhaft freie Entscheidung, zu rauchen, wird im 2. Kapitel noch eingegangen werden, wenn die Frage beantwortet werden soll, ob sozial benachteiligten Rauchern ein gleicher Anspruch auf staatlichen Schutz ihrer Gesundheit zusteht wie Rauchern aus anderen Milieus.

Die Frage der Zurechnung des Rauchens als rein freie Entscheidung des Rauchers ist dann als eventueller Verzicht auf Nichtraucherförderung rechtlich zu werten.

An dieser Stelle bleibt nur das Fazit:

Die Verantwortung für das Rauchverhalten allein bei den Rauchern zu suchen, ist eine politische, weniger eine tatsächlich – rechtliche Entscheidung. Mit Blick auf die Grundlage der sozialen Politik müsste auch die Wertung der Verantwortung für die Ablehnung des Nichtrauchens durch die sozial Benachteiligten anders betrachtet werden.

Zunächst erfolgt aber ein Blick auf die bisherige staatliche Tabakpräventionspolitik unter dem Aspekt der Problematik einer Verwirklichung eines Anspruches sozial benachteiligter Raucher auf staatlichen Schutz vor den Gefahren des Rauchens. Vielleicht ergibt sich aus den Strukturen der deutschen Tabakpräventionspolitik bereits eine Antwort darauf, ob die Raucher in Anbetracht eines akzeptablen Nichtraucherangebotes freiwillig auf diesen Vorteil verzichten, weil die Präventionspolitik in ihrer Ausgestaltung diese sozial benachteiligten Raucher gleich anspricht wie alle anderen Raucher.

2. *Tabakprävention und soziale Polarität des Rauchens*

Deutschland bemüht sich seit den 1970er Jahren, die Zahl der Raucher zu senken. Die beschrittenen Wege sind dabei je nach Ansatz unterschiedlich gewesen. In den 1970er Jahren setzt man vor allem auf Gesundheitserziehung. Möglichst abschreckende Bilder von Raucherbeinen, Raucherlungen oder Karzinomen sollten die Raucher davon abhalten, Zigaretten zu konsumieren. Das Schlagwort „Rauchen macht schlank“ untermalt mit einem Zigaretten rauchenden Skelett sollte die tödliche Wirkung des Tabakkonsums besonders abschreckend hervorheben.

Rauchen war allerdings zu jener Zeit noch ein **gesellschaftlich anerkanntes Vergnügen**, auf das kaum jemand verzichten wollte.

Hinzu kamen die allgegenwärtigen Zigaretten, die zum einen billig und zum anderen überall angeboten wurden. Rauchen gehörte zum erwachsenen Leben einfach dazu. Jugendliche orientierten sich daran.

So verwundert es nicht, dass diese Kampagnen auch keinen erheblichen Erfolg erzielten. Mit speziell auf die Jugend abzielenden Kampagnen, wie „wer küsst schon gerne einen Aschenbecher“ oder „lass dich nicht erdrücken“, die Zigarettenstummel als Zähne zeigten oder einen Menschen als Kippe darstellten, die gerade im Aschenbecher ausgedrückt werden sollte, versuchte man speziell die Jugend gesundheitsbewusst zu erziehen.

Später folgten flankierende Maßnahmen zu den **Gesundheitserziehungskampagnen** und verschiedene Akteure bemühten sich. Tabakpräventionspolitik wurde konzertiert zu einer nationalen Aufgabe, wie es in den verschiedenen europäischen Ländern heute auch der Fall ist.

Allerdings bedeutet Tabakpräventionspolitik in Deutschland eine Agglomeration von verschiedenen Akteuren und Konzepten. An einem gemeinsamen, allgemeinverbindlichen Konzept fehlt ebenso, wie an einer alles koordinierenden übergeordneten Institution (Altgeld und Kolip, 2004: 49). Dies könnte für sich betrachtet schon ein großes Hindernis für die Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung in der Tabakpräventionspolitik sein.

Wo es sinnvoll erscheint, werden Bezüge zur USA und zu verschiedenen europäischen Ländern hergestellt.

2.1 Grundsätze der deutschen Tabakpräventionspolitik

In Deutschland bietet sich ein **fragmentiertes Bild** bei den Strukturen, bei den Zielsetzungen (falls es sie überhaupt gibt → *gesundheitsziele.de*), den Akteuren, bei den gesetzlichen Verankerungen und bei den Kompetenzen. Wie alle politischen Probleme innerhalb der staatlichen Gemeinschaft ist auch die Sucht- und Drogenpolitik ein **Ergebnis des Interessenabgleichs**. Interessen der Wirtschaft und anderer Lobbyisten auf der einen Seite ringen mit sozialen Erwägungen aus dem Verfassungsauftrag auf der anderen Seite. Dazwischen steht **politisches Kalkül**, um die Wählerschaft nicht zu verprellen.

Gleich der gesamten Sozialpolitik ist auch die Drogen- und Suchtpolitik sehr anfällig für **Volkswirtschaftserwägungen und die öffentliche Meinung** (Mosebach/Schwartz & Walter, 2004: 342f). Gesundheitspolitik ist ein Politikfeld der normativ gesteuerten Intervention (Rosenbock & Gerlinger, 2004).

In jüngster Zeit wird die Eigenverantwortung des Einzelnen wieder mehr betont und eine gesellschaftliche, soziale Mitverantwortung immer mehr in Frage gestellt (Pörksen, 2000: 299). Dies führte nicht nur hier, sondern auch in anderen Solidarbereichen zu einer **rigideren Haltung** gegenüber den jeweils Betroffenen.¹²

In Deutschland gibt es, wie in anderen Ländern, eine Dichotomie zwischen illegalen Drogen und legalen Drogen. Letztere werden auch rechtlich euphemistisch als „Genussmittel“ ausgewiesen. Je nachdem um welchen Stoff es sich handelt, werden präventive Maßnahmen mit politischen und legislativen Akten kombiniert (Hüllinghorst, 2000: 268). Die Interventionen sind gleich, nur dass bei illegalen Drogen zusätzlich das irrige Verhalten um sich greift, mit Strafgesetzen ließe sich sinnvoll Prävention betreiben (Böllinger, 2000: 28f).

Im Grundgesetz gibt keine einheitliche **Suchtpräventions- und Gesundheitsförderungskompetenz**. Stattdessen sind Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenzen nach föderativen Strukturen auf Länder und Bund verteilt. Die Gesundheitsförderung, die an allen Systempunkten wirksam werden müsste, obliegt somit nicht nur verschiedenen Körperschaften, sondern ist durch die Kompetenzregelung auch noch in verschiedene Ressorts zergliedert.

¹² z. B. drastische Kürzung der Kostenübernahme bei Suchttherapien, gänzlicher Wegfall von Kostenübernahmen, Kriminalisierung der Suchtkranken, Sozialreformen.....

Die Akteure

Ein Blick auf die verschiedenen Akteure und Programme in der Suchtpolitik in Deutschland spiegelt die **föderative Struktur** der politischen Landschaft wider. Verschiedene politische Interessen konkurrieren miteinander.

Ein fest gefügtes Budget gibt es nicht, und jedes Ressort der politischen Struktur verfolgt seine eigenen originären Ziele.

Wer die **Gesetzgebungskompetenz** hat, eine gesetzliche (Teil-)Regelung zur gezielten Förderung der gesundheitlich Benachteiligten zu erlassen, dem fehlt es unter Umständen im Anschluss an der **Durchführungs- oder Finanzkompetenz**, diese Richtlinie auch zu realisieren.

Die erforderlichen Durchführungsverordnungen und Verteilungsbeschlüsse für die Finanzierung werden von anderen politischen Gremien u. U. nicht oder nur verzögert erlassen.

Viele verschiedene Träger und Initiatoren auf verschiedenen Ebenen agieren parallel zu einander. Es gibt zwar eine verfassungsmäßige Verpflichtung der geordneten Zusammenarbeit zwischen Ländern und Bund, aber der Umfang und die konkrete Ausgestaltung sind als Grundsatz auslegungsfähig (Jarass, 2006: Art. 20, Rz 20). Daraus lässt sich **keine grundsätzliche Pflicht zur Koordination und Kooperation** in allen Fragen ableiten, lediglich der missbräuchliche Gebrauch der Kompetenzen ist nicht erlaubt (BVerfGE 104, 249/270; 106, 1/27; BVerwGE 114, 232/240).

Der Grundsatz der Bundestreue gilt aber nicht zwischen den politischen Ressorts einer Bundes- oder Landesregierung noch zwischen den Körperschaften öffentlichen Rechtes selbst als verbindliches Schnittstellenmanagement (Bauer, 1992, 837). Daran ändern auch die Kooperationszirkel auf Länderebene nichts. Gerlinger und Rosenbrock nennen diese Beteiligung vieler Akteure „Kooperatismus“, der allerdings wegen des institutionellen Übergewichtes der wenig integrativen Krankenversorgung an einem Übergewicht der kurativen Medizin leidet (Gerlinger & Rosenbrock, 2004).

Hierin liegt eines der strukturellen Hauptprobleme in der deutschen Präventionspolitik, das einer gezielten gesundheitlichen Förderung der sozial Benachteiligten entgegenwirkt. Wenngleich durch die gesetzliche Regelung zur **Gesundheitsberichterstattungspflicht** und **Einrichtung von Konferenzen** (z.B. Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung) auf allen Verwaltungsebenen eine Verknüpfung der Akteure und der Informationen

eingerrichtet worden ist, ändert das an der **Ressorthoheit** eines jeden Teilnehmers allerdings wenig. Auch die Dominanz der Krankheitsvorsorgung wird dem Salutogenesemodell nicht wohl gesonnen sein. Führt es doch zu einem Paradigmenwechsel weg von den Risikofaktoren, an denen sich bislang die „Gesundheitsversorgung“ festmachte.

Damit vertritt ein jeder nur die Interessen seiner Körperschaft aus seiner Sicht in der jeweils behandelten präventiven Frage. Es fehlen Strukturen, um die kommunalen und überregionalen Maßnahmen zu steuern und ein modernes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung in den politisch und rechtlich mit dem Thema befassten Instanzen (Altgeld & Kolip, 2004: 49).

Ein Gesundheitsbericht über die Zunahme des Rauchens bei Jugendlichen motiviert deshalb grundsätzlich nur das zuständige Ressort, Gegenmaßnahmen zu initiieren, indem man am Verhalten der Jugendlichen ansetzt. Alle anderen Ressorts des politischen Spektrums (Wirtschaft, Bildung, Kultus, des Inneren, etc.), die ebenso auf die Lage der Jugendlichen erheblichen Einfluss haben würde, sehen darin keine Veranlassung zu handeln.

Neben dem **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** gibt es auf Bundesebene in der Suchtprävention noch die **Deutsche Hauptstelle für Sucht (DHS)** in Hamm und die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** in Köln.

Das BMG setzt Rechtsverordnungen, formuliert Gesetzesvorschläge und übt Kontrollfunktionen aus. Während die beiden anderen Stellen vornehmlich Informationen verbreiten und Berichte vorlegen. Die DHS gibt den Betroffenen Hilfestellungen mit dem Verweis auf andere Webseiten oder Beratungsstellen.

Auf der **Landesebene** haben sich ähnliche Strukturen gebildet, die Informationen verbreiten oder Kompetenzschulungen etablieren. Den Ländern steht in vielen Ressorts die Gesetzeshoheit, zumindest aber die Durchführungshoheit zu (Artikel 72 – 75 GG)

Neben den politischen Instanzen gibt es die Präventionsarbeit als Ausführung der politischen Entscheidungen in den **Sozialisationsstätten** (Kindergarten, Schule, andere Einrichtung der Kinder und Jugendpflege, Betriebe) oder bei den **Krankenkassen (GKV)**.

Vor allem die Krankenkassen sollen am Risikoverhalten ansetzen und es durch die Förderung von Maßnahmen reduzieren. Dafür dürfen sie pro versicherten Person eine festgelegten kleinen Betrag (2005 waren es 2,56€) investieren. Was sie aber

bislang nicht ausschöpfen. Darüber hinaus sind Krankenkassen zur Kuration von Krankheiten entstanden und haben diese Zielsetzung beibehalten. Auch der Slogan „AOK - ihre Gesundheitskasse“ ändert daran in der Sache nichts.

Wenngleich sich erste Ansätze zeigen, Gesundheitsbewusstsein bei den Versicherten zu fördern, ist ihr Einfluss auf das Rauchen gering.

Prävention z. B. gegen das Rauchen als Verhinderung des Versicherungsfalles wird bislang vom System auch nicht honoriert. Den Lastenausgleich zwischen den Kassen gibt es nur für krankheitsspezifische Ausgaben. Nur diese sind bislang gesetzliche Pflichtaufgaben.

Den GKV fehlte es vor allen Dingen aber an einem entsprechenden **Selbstverständnis** als gesundheitspolitische Gestaltungsmacht und infolge der Fragmentierung des Systems auch die Kompetenz, Prävention sinnvoll zu betreiben (Dahme & Wohlfahrt, 1998). Gleichwohl wurde ihnen und den Ärzten durch den historisch bedingten Verzicht des Staates auf Präventionskompetenzen die Aufgabe der Prävention als Teil ihrer Selbstverwaltung übertragen (Mosebach/ Schwartz & Walter, 2004: 345). Die staatlichen Behörden wie das Gesundheitsamt beschränken sich ausschließlich auf **Kontrollaufgaben und Infektionsverhütung**, sie sind durch die verschiedenen Landeshoheiten auch sehr heterogen ausgeprägt (Brand/Schmacke & Brand, 2003)

Schon dieser kurze Blick auf die fragmentiert arbeitenden Akteure in der Tabakpräventionspolitik mit ihren unterschiedlichen Zielsetzungen und gegenläufiger Selbstauffassung macht deutlich, dass die systematische Förderung gesundheitlich Benachteiligter in ihren prekären Lebensumständen erheblich erschwert wird.

Die Handlungsgrundlagen

Bei der Betrachtung der Handlungsgrundlagen stößt man an die nächste strukturelle Problematik des Systems, die einer Berücksichtigung sozialer Benachteiligung in der Tabakpräventionspolitik erschwert.

Zunächst ist da die **Definition der Prävention** als medizinisches Aufgabenfeld zur Verhütung unerwünschter physischer und psychischer Zustände nicht günstig für eine positive staatliche Intervention zur Gesundheitsförderung (Laaser & Hurrelmann, 2000; Röhrle, 2000; Albee & Ryan, 1998).

Auch die im GG - Kommentar nach Jass und Pieroth (Pieroth, 2006, Art. 71 Rz. 13) Auslegung von Regelungskompetenzen, in deren Folge die Inhaber das Recht haben,

Dinge zu regeln, davon aber grundsätzlich keinen Gebrauch machen müssen, wenn nicht andere Gründe eine Verpflichtung normieren, erschwert ein konzertiertes Vorgehen zusätzlich. Aber eine grundsätzliche Verpflichtung, Normen zu erlassen, lässt sich aus bestehenden **Schutzpflichten gegenüber Grundrechten** entnehmen (Jarass, 2006, Vorbem. Art. 1, Rz.7). Hieran wird deutlich erkennbar, dass eine Auslegung der Grundrechte im Sinne eines Anspruches auf gesundheitlicher Gleichstellung sozial Benachteiligter unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung eines salutogenetischen Konzeptes im föderativen System haben würde. Schließlich tangierten Aspekte einer gezielten gesundheitlichen Förderung sozial Benachteiligter alle politischen Ressorts, weil soziale Benachteiligung als Auslöser des Tabakkonsums ebenfalls ein alle Bereiche des sozialen Lebens erfassendes Phänomen darstellt, eine Kooperation innerhalb einer Körperschaft. Trotz Richtlinien Kompetenzen hakt es daran oft, wenn es um die Frage der Finanzierung geht. Interne Budgetierungen müssen immer wieder ausgefochten werden. Das ist schwierig für so genannte weiche Themen in der Politik.

Politik ist Lobbyarbeit. Es geht um **Mittelverteilung in der Gemeinschaft**. Es fehlt eine klare Linie und einheitliche Koordinierungsstelle, die man vielleicht in Form einer Rahmenkompetenz des Bundes oder einer Art „Bundesgesundheitsversammlung“ und der **Formulierung der Gesundheitsförderung als Staatsziel** im GG errichten könnte.

Einen ausgebauten Öffentlichen Gesundheitsdienst steht aus historischen Gründen nicht mehr zur Verfügung. Das Gesundheitssystem ist medizinbasiert und wird wegen der Entartungen in der Zeit des Dritten Reiches von der selbstverwalteten Ärzteschaft dominiert (Gostomzyk, 2003). Darin liegt ein weiterer Grund, aus dem einem Paradigmenwechsel große politische Widerstände entgegen schlagen würden. Erst die Aufarbeitung der positiven Ansätze der staatlichen Gesundheitsförderung brachte erst späte die Entstehung der „New Public Health“ als wiedererstandene Denkrichtung für staatliches Handeln (Flick, 2002). Allerdings mit bis heute geringen Auswirkung auf die selbstbescheidenen Aktionsradien der ÖGD.

Hinzu tritt das eher ungünstige **politisches Klima**, das sich vornehmlich auf Förderung wirtschaftlicher Ziele kapriziert. Über den Weg des wirtschaftlichen Aufschwungs sollen theoretisch auch soziale Ungleichheiten relativiert werden.

Erfahrungsgemäß sind diese Personen aber die Letzten, die von besseren wirtschaftlichen Werten profitieren können. Vorher Profitierende innerhalb der

Gesellschaft haben ihren sozialen Vorsprung dadurch noch weiter ausbauen können. Zumal sozial Schwache schon für die Förderung des Aufschwungs als vornehmlich von Arbeitslosigkeit betroffene Personen mehr „bluten“ mussten.

Der **Trend zur Privatisierung und Entpolitisierung** unterstützt diese Entwicklung. Die Gesundheitsförderung wird zur Eigenverantwortlichkeit, so dass öffentliche Träger sich gemäß dieses neuen politischen Credo erst gar nicht mehr aus der Gesundheitsverantwortung zurückziehen müssen (Dahme & Wohlfahrt, 1998a). Dahme und Wohlfahrt werten diese Entwicklung als Günstig für die politischen Instanzen, die vom Druck entlastet werden, durch Transformation von Gesundheit zum vernachlässigbaren Luxusgut für sozial schwache Personen, keine positive gesundheitliche Diskriminierung von Seiten der Sozialpolitik mehr stattfinden zu lassen (Dahme & Wohlfahrt 1998).

Die Fragmentierung der Akteure, ihrer Kompetenzen und der Verteilung der finanziellen Ressourcen ergeben eine **systemerhaltende Schwerfälligkeit**, die eine Ausrichtung auf gezielte gesundheitliche und soziale Angleichung durch Gesundheitsförderung immer wieder verhindert (Hurrelmann/ Klotz & Haisch, 2004: 14f). Bis zum Millennium gab es in Deutschland nur wenige wissenschaftliche Arbeiten, die überhaupt gezielt Fragen der Prävention gegen den Tabakgenuss für benachteiligte Personengruppen thematisierten (Mielck & Helmert, 1994, Schmidt, 1998, Henkel, 1998a).

Dabei müsste sich nach internationalen Vorgaben (WHO 1986) auch in Deutschland eine Tendenz zur gezielten gesundheitlichen Förderung der sozial und gesundheitlich Benachteiligten abzeichnen. In der Ottawa – Charta der WHO aus dem Jahr 1986, in der **Chancengleichheit in der Gesundheit** für alle Bevölkerungsschichten postuliert worden war, gingen zur Bewältigung dieser politischen Aufgabe neben bevölkerungsmedizinische auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Aspekte ein (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004).

Die **Krankheitsverhütung als Vermeidungsstrategie** sollte nicht länger als alleiniges Ziel im Vordergrund stehen, sondern eine Promotionsstrategie mit der Leitfrage, „Wie lässt sich Gesundheit herstellen?“, die als unterschiedliche Interventionstrategien dem gleichen Ziel der gesundheitlichen Förderung dienen (Hurrelmann, 2000). Die WHO betonte damit den politischen Impetus, aktiv die gesundheitlichen Schutzfaktoren, die sozialen, kulturellen, politischen und persönlichen Ressourcen zu fördern, um die gesundheitliche Ungleichheit abzubauen

(Altgeld & Walter, 1997). Unter anderem Henkel monierte, dass die Orientierung an dieser Maxime des politischen Handelns in der Gesundheitsvorsorge in Deutschland immer noch ausstehe (Henkel, 2000). Elaborierte Ansätze liegen fast nur für tertiärpräventive Maßnahme für die Entwöhnung von Arbeitslosen vom Alkoholismus vor (ebd.).

Politisch hat sich der **Begriff der Gesundheitsförderung** zwar im offiziellen Sprachgebrauch als Leitgedanke etabliert (Hurrelmann & Laaser, 1999) und programmatisch steht als Konsens seit 1991 fest, dass Gesundheitsförderung eine ressortübergreifende, gesamtpolitische Kombination von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen sein müsse (Dahme & Wohlfahrt, 1998). Jedoch prognostizierte Rosenbrock schon Ende der 1990er Jahre, dass in der Krankheitsvorsorge durch die medizinischen Professionen wohl auch künftig die einzige Möglichkeit der Prävention gesehen werden wird (Rosenbrock, 1997).

Es liegen zwar Absichtserklärungen auf EU- und nationaler Ebene vor, das Rauchen in einer **konzertierten Suchtpolitik** zurückzudrängen. Aber eine Definition von Zielen der Gesundheitsförderung auf Landes- und Bundesebene und eine Bündelung von Ressourcen wurden bislang nicht vorgenommen (Altgeld & Kolip, 2004). Die Gesundheitsförderung im Sinne einer **positiven Förderung** aller gesundheitlichen Ressourcen, ohne Anbindung an einen bestimmten Risikofaktor, ist in Deutschland als systemopportunes Synonym für risikogeleitete Prävention nach dem biomedizinischen Risikomodell ausgelegt worden (Schmidt, 2000).

Das Ineinandergreifen von sozialen Verhältnissen als Risikofaktoren und die so entstehenden nachteiligen Kompetenzen als Schutzfaktoren werden dabei ebenso außer Acht gelassen wie die lebzeitige Entwicklung des Menschen in seiner Gesamtpersönlichkeit als soziales Wesen in einer sozialen Gemeinschaft, die ihn fördert oder hemmt.

Leider ändert daran der auch von Deutschland international anerkannte **Paradigmenwechsel durch die WHO** wenig, so lange im innerdeutschen System alles beim Alten bleibt und nur neue Begriffe über alte Auslegungen „gestülpt“ werden.

Nach Altgeld und Kolip lautet der zu präferierende Ansatzpunkt für die Tabakprävention nicht der einzelne Raucher oder Gefährdete, sondern das gesamte System müsste auf seine gesundheitsfördernden Fähigkeiten zum Empowerment

aller ausgerichtet werden (Altgeld & Kolip, 2004: 45). Ginsburg formulierte dies als die Wahl zwischen zwei Wegen, von denen einer die Vorbereitung von Individuen in ihrer Entwicklung zu kreativen, produktiven und erfolgreichen Mitgliedern in der Gesellschaft sei (Ginsburg, 2003, 167). Im § 20 SGB V wurde als Ziel der Primärprävention auch die **Verminderung sozial bedingter Gesundheitschancen** bewirken soll. Bislang läuft die deutsche Präventionspolitik noch jenseits der sozialen Benachteiligung als Grundlage der gesundheitlichen Ungleichheit ab, da der gewählte Weg über die Primärprävention als Settingförderungsansatz wenig hilfreich ist.

Altgeld und Kolip äußerten die Hoffnung, dass sich vielleicht die angedachte **Gründung einer Deutschen Präventionsstiftung** auf Bundesebene positiv auswirken könnte, die in jeder Legislaturperiode einen nationalen Präventionsbericht und einen nationalen Aktionsplan herausgeben wird (Altgeld & Kolip, 2004: 49).

Wenn sich aber die Einsicht, die Gesundheitsförderung als Pflicht zu positivem Gesundheitsschaffen aller politischen Kräfte zu sehen, nicht durchsetzen lassen wird, kann sich praktisch nicht viel ändern. Ein Präventionsbericht wird sonst nicht mehr Gewicht haben, als der Bericht des Bundesrechnungshofes oder des Bundesbeauftragten für Drogen, den alle bestürzt zur Kenntnis und zu den Akten nehmen, weil ihnen kein formeller Gesetzesstatus zukommt.

2.2 Handlungsziele und Auswirkungen auf sozial Benachteiligte

Ein kurzer, allgemeiner Konzeptüberblick über die praktische Umsetzung der Antitabakpolitik, der ein Bild der vielen unabhängigen Akteure in Deutschland abzeichnet, die lediglich im Bestreben vereint sind, am „eigenverantwortlichen“ Verhalten des einzelnen Rauchers anzusetzen. Verhaltensprävention akzentuiert die kritische **Auseinandersetzung mit dem individuellen Verhalten** des Menschen, ohne die Umstände, die zu diesem Verhalten führen, kritisch zu beleuchten.

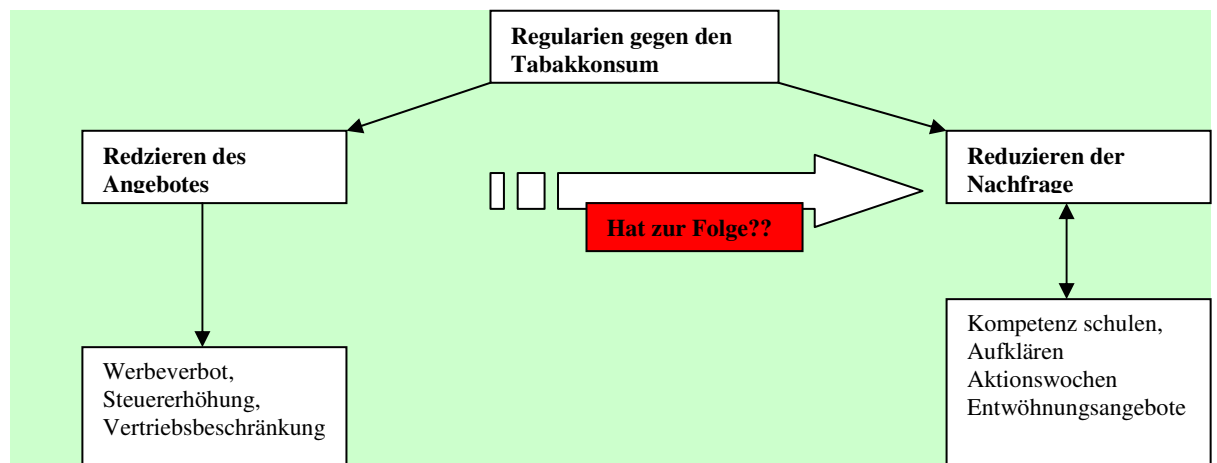
Dies wäre aber der Ansatzpunkt einer Verhältnisprävention, die die Frage nach dem Kontext des Verhaltens als ersten Schritt stellt, um sich im Anschluss kritisch mit deren krankmachenden bzw. gesundheitsfördernden Aspekten zu befassen.

Die Methoden der Verhaltensprävention sind dagegen edukative Verfahren, normativ regulatorische Interventionen und ökonomische Anreiz/Bestrafungssysteme (Leppin, 2004: 31-33).

Wobei diese Intervention gegen Drogen und Süchte **zwei unterschiedliche Wirkrichtungen aufweisen**.

Entweder sind die Interventionen darauf abgestimmt, das **Angebot** dieser Drogen zu regulieren oder sie verfolgen die Zielrichtung, die **Nachfrage** nach diesen Stoffen zu reduzieren. Aber reduziert eine geringere Verfügbarkeit außerhalb von Kriegs- und Notzeiten, in denen es wegen geringerer Übernahme des Verhaltens „Rauchen“ funktionierte, wirklich schon die Nachfrage wie es in der Graphik dargestellt ist?

(Schaubild 8: Ansatzpunkte der Tabakprävention und gewünschte Effekte)



Die Präventionsforschung hat bewiesen, dass Prävention nur **zielgruppenspezifisch** orientiert wirksam sein kann (Künzel-Böhmer et al. 1993).

Eine Modifizierung zur gezielten Förderung des Nichtrauchens bei Personen aus sozial benachteiligten Milieus findet mangels notwendiger Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld, das das eine oder andere Verhalten fördert oder hemmt, findet keine Entsprechung in der Tabakpräventionspolitik..

Der Ansatz ist bis auf moderate, weil wirtschaftlich eher unschädliche, angebotsreduzierende Maßnahmen verhaltensbezogen.

Der entscheidende **Einfluss der Lebensumstände** sowie auch auf die Schutzfaktoren gegen Sucht wird nicht systematisch aufgegriffen.

Ein richtiger Schritt ist die Förderung der Lebenskompetenzen. Sie findet allerdings nicht früh und flächendeckend genug als **Pflichtprogramm für alle Schultypen** ab Grundschule statt. Eine gesundheitsfördernde Selbstbewertung der Schule stößt immer noch an ihre Grenzen, wenn es um die Umorientierung des Verhaltens der Lehrer und der Aufgabe der Schule als Wissensvermittlung geht (Schnabel, 2004: 287f).

Es gibt keinen systematischen Support für die wichtigen Sozialisationsinstanzen (Familien, Schulen, Vereine, Betriebe). Die vermittelten Kompetenzen müssen

gegen das unverändert schlechte Umfeld (Arbeitslosigkeit etc.) bestehen und laufen Gefahr, wieder nach und nach zu verkümmern oder aufgegeben zu werden, weil sie nicht in den Lebensalltag transferierbar sind (Jugert et al. 2002). Wenn sie überhaupt angenommen werden, weil Wissen und Verhaltensweisen erst interessant für junge Menschen werden, wenn sie bei der **Lösung alltäglicher Probleme** behilflich sind (Leppin, 1995). Bei unverändertem Umfeld haben neue isolierte Verhaltensweisen es schwer. Der Identitätsdruck steigt dann wieder und sucht ein (neues) Ventil.

Die betriebene Tabakpräventionspolitik mit ihren verhaltensbezogenen Maßnahmen hat Auswirkungen auch auf Personen sozial benachteiligter Herkunft. Ob diese Auswirkungen sich immer **zu Gunsten der Nichtraucherförderung** in diesen Milieus niederschlagen, zeigt die soziale Polarisierung des Rauchens leider deutlich.

Im Nachfolgenden möchte auf diesen Aspekt einen kritischen Blick werfen, wie genau der Wirkmechanismus der in anderen Milieus wirksamen Methoden, in den sozial benachteiligten Milieus ins Leere laufen oder sich ins Gegenteil verkehren kann.

2.2.1 Verfügbarkeitsverringerung – weniger Raucher in allen Milieus?

Bei der Regelung, die **Verfügbarkeit eines Stoffes** zu reduzieren, geht die Suchtpolitik in Deutschland je nachdem, ob es sich um illegale Drogen handelt oder um „Genussmittel“, wie Tabak, unterschiedliche Wege.

Illegale Drogen, Betäubungsmittel, werden bei Strafandrohung für nicht verkehrsfähig erklärt. Der Konsument wird kriminalisiert. Wenngleich die Strafverfolgung bei Cannabis ausgesetzt wird, bleibt der Konsum immer noch ein Straftatbestand des BtMG¹³.

Die Gefährlichkeit dieser „Einstiegsdroge“ wird in der Aufklärung dann auch überaus betont.

Bei legalen Drogen (Alkohol und Tabak), die nachweisbar jährlich Todesopfer fordern, gibt es dagegen weniger **gesetzliche Beschränkungen**.

Pörksen monierte dieses an sich widersprüchliche Verhalten als Teil der deutschen Suchtpräventionspolitik, das kaum die **Glaubwürdigkeit von**

¹³ Betäubungsmittelgesetz. Im Straftatbestand ist der Besitz strafbar. Kriminell sind sowohl der Konsument als auch der Dealer. Bei Cannabis werden die Verstöße nur dann nicht verfolgt, wenn es sich um geringfügige Mengen handelt. Je nach Bundesland sind dies 0,5 bis 5g. Strafbar ist das Verhalten aber immer noch!

Präventionsstrategien, vor allem nicht bei jungen Leuten, erhöht (Pörksen, 2000: 301).

Ein Regulativ, auf das die deutsche Tabakpräventionspolitik setzt, um hemmende Verhältnisse gegen das Rauchen zu fördern, ist in diesem Zusammenhang die **Preisgestaltung**, die durch kontinuierliche Erhöhung der Tabaksteuer weiter nach oben getrieben wird.

Theoretisch beeinflussen die allgemeinen Preisinterventionen zwar die finanziell sensibler reagierenden Gruppen, da sich durch die Steuererhöhungen mehr Einkommensschwache und Jugendliche beeinträchtigt sehen als Einkommensstarke. Der erhoffte Effekt, die vom Tabakkonsum mehr betroffenen Gruppen würden wegen ihres geringen Einkommens auf das Kaufen der Tabakwaren verzichten, blieb bislang wohl aus.¹⁴

Solche gesetzliche Maßnahmen werden von der WHO zwar dringend empfohlen, allerdings als Unterstützungsmaßnahme für ein auf sie abgestimmtes Maßnahmengesamtkonzept, um den Gesundheitsförderungszielen des Settingansatzes gerecht zu werden (WHO, 1997). Diese Einbettung in eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie fehlt bislang bei der deutschen Preispolitik.

So wurden zum Beispiel in Finnland erhebliche **Rückgänge in der Nachfrage** nach Alkohol durch wesentliche und wiederholte Steuer- bzw. Preiserhöhungen als Maßnahmen der Verfügbarkeitsbeschränkung innerhalb des nationalen Präventionskonzeptes erreicht. Sie lagen höher als alle Effekte durch Verhaltenspräventionen einschließlich Therapie zusammengerechnet (Roemer, 1993; Babor et al. 2003; Edwards et al. 1997).

Die Motivation, Zigaretten zu kaufen, nimmt aber nicht proportional zum Einkommen ab. Sonst brächten Preiserhöhungen den größten Effekt in sozial benachteiligten Milieus mit geringerer finanzieller Ausstattung als bei den restlichen Rauchern.

Sozial schwache Personen sind aber im Durchschnitt bereit, über 20% des ohnehin knappen Budgets für Zigaretten auszugeben, bei einkommensstarken Gruppen liegt der Anteil des Geldes, das zu investieren man bereit ist, hingegen nur bei knapp 4% (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004).

¹⁴ Für eine Kompetenz zur Bewältigung des Lebens, und das ist Rauchen für sozial Benachteiligte, ist man bereit mehr Geld zu investieren als für ein bloßes Genussmittel, das es für andere darstellt. Sozial Benachteiligte investieren mehr Geld für Tabak in Relation zu ihrem Gesamteinkommen. Geld, das an anderer Stelle wiederum fehlt.

Die absoluten Summen mögen zwar wegen der Einkommensspanne nicht so weit von einander entfernt liegen. Aber die Proportion zum Gesamteinkommen weist auf eine weiter zu erwartende **Verschärfung der finanziellen Lage** der einkommensschwachen Raucher hin. Diese Personen zeigen sich trotz des geringeren Budgets bereit, auf andere zum Teil lebenswichtige Ausgaben zugunsten der noch erschwinglichen Zigaretten zu verzichten.

Schon gar nicht werden sie auf den aktuell im Alltag entlastenden Zigarettenkonsum als Teil ihres Kompetenzgerüsts verzichten, um irgendwann in ungewisser Zukunft gesünder zu sein.

In der Konsequenz wird der Druck durch die sozioökonomische Lage durch moderate Preissteigerungen noch größer. Dies führt zu einem noch größeren Kompensationsdruck, der wiederum mangels anderer Möglichkeiten durch gesundheitsschädliches Verhalten kompensiert werden muss. Die **Gefahr der Suchtverlagerung** auf z. B. Alkohol, Tabletten oder Essen könnte sich dadurch verwirklichen.

Das Mittel der Preiserhöhung ist als flankierende Maßnahme sinnvoll sein, wenn sie konsequent und erheblich das Angebot an preiswerten Zigaretten innerhalb eines Gesamtkonzeptes vermindert. Dabei müsste aber erst einmal die realistische Möglichkeit der sozial Benachteiligten gefördert werden, auf den Zigarettenkonsum im Lebensalltag verzichten zu können. So wie es der Rückgang des Tabakkonsums in nicht sozial benachteiligten Milieus zeigt, die auch auf die Preissteigerungen zurückführbar sind.

Aber als isolierte Intervention, den Mangel der sozial Benachteiligten gegen sie zu instrumentalisieren, sind Steuer und moderate Preispolitik daher eher kontraindiziert, um die Entscheidung der sozial Benachteiligten, nicht zu rauchen zu forcieren.

Schließlich bleibt der **Nachfragedruck** durch die noch aktiv geforderte Anpassung an sozial benachteiligten Lebensbedingungen immer noch weiter bestehen, und weil die Verhältnisse, die das Verhalten „Rauchen“ fördern nach wie vor aktiv bleiben.

Sozial Benachteiligte und das Tabakwerbeverbot

Ein anderes Regularium, die Nachfrage nach Tabak zu vermindern, ist die Beschränkung, Tabak zu bewerben.

In Deutschland herrscht, wie auch in den anderen EU- Ländern, seit einigen Jahren ein **Werbeverbot für Tabakprodukte** in Funk- und Fernsehen.

Werbung in anderen Medien, Sponsoring und Plakaten bleiben bislang erlaubt, wenn sie im Rahmen der Werbebotschaft auch einen Warnhinweis auf die Gefahren des Rauchen enthalten müssen.

Ein positiver Effekt auf Personen aus sozial benachteiligter Herkunft war zwar zu erwarten, da Personen mit geringerem Bildungsgrad sensibler auf Werbung reagieren, die ihnen durch Kauf eines Produktes das verspricht, was die soziale Realität ihnen vorenthält (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004). Das Verbot der Tabakwerbung ist zur Förderung des Nichtrauchens in sozial benachteiligten Gruppen demnach ein Schritt in die richtige Richtung, wenngleich nicht effektiv genug.

Wie amerikanische Untersuchungen zeigen, haben sich die Tabakindustrie und die für sie arbeitenden Werbeagenturen sich mit der Lebenssituation der sozialen Schichten, ihre Hauptkunden, auseinander gesetzt, um diese gezielt für den **Botschaftstransfer** einzusetzen (Ewert & Alleyne 1992; Kessler et al. 1996). Die verbleibenden erlaubten Werbeträger sind effektiv auf die untere soziale Schicht abgestimmt.

Zigaretten verheißen in Hinblick auf die besondere Sensibilität für Werbebotschaften in sozial benachteiligten Milieus ein positives Lebensgefühl und aktive Lebensgestaltung. Die vorgeschriebenen Warnhinweise werden durch die überaus bunte und effekthaschende Werbung geschickt überspielt. **Eye-Catching** man einen Halo-Effekt, der die Wahrnehmung nur auf eine Information bündelt und für andere Dinge im Umfeld blind macht (Kluger 1996). Vorliegend werden die Warnhinweise im Vergleich zur bunten Werbeaussage in den Hintergrund gedrängt.

Die **Verbreitung von Druckerzeugnissen** ist zwar in bildungsferneren Milieus erheblich geringer. Nichtsdestotrotz gibt es auch namhafte Tagespressen, die auch von diesen Personen vorzugsweise gelesen werden.

In diesen Zeitungen vergeht kaum eine Ausgabe ohne entsprechende Werbung für neue „Lifestyle-Produkte“ oder polarisierende Berichterstattungen über neue Regelungen des Nichtraucherschutzes.

Plakatwände sind als bauliche Maßnahmen gemäß der BauO des entsprechenden Bundeslandes nur dem Bauamt anzuzeigen.

Sie dürfen noch weitgehend unbeanstandet auch in sozialen Brennpunkten, in der Nähe von Kinderspielflächen, in der Umgebung von Schulen und Jugendeinrichtungen oder sogar an Bushaltestellen aufgestellt werden.

Ein anderes erlaubtes Werbefeld ist das **Kino**, das vor allem von jungen Menschen besucht wird. Zusätzlich zum eigentlichen Film führt die Tabakwerbung ihnen gerade dann die schönere Welt des Rauchens vor Augen, wenn sie in einer empfänglichen entspannten Stimmung für diese Botschaften sind.

In den Filmen selbst wird bisweilen subsidiär, durch die Tabakindustrie gesponsert, der „guten Zigarette“ gehuldigt.¹⁵ Man denke nur an den Zigarrenboom bei jungen Leuten nach dem Film „Independence Day“. Weitere Beispiele der fatalen Ausnahmen sind Sponsoring im Sport. Jugendliche assoziieren gewolltermaßen das Rauchen mit sportlicher Aktivität und Fitness.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Tabakindustrie und der Handel gegen das **geplante totale Tabakwerbeverbot**¹⁶ vor dem Europäischen Gerichtshof in Straßburg klagen, weil sie einen unzulässigen, weil einschneidenden Eingriff in ihre Gewerbefreiheit nach Artikel 12 GG unterstellen.

Die bisherigen Beschränkungen zeigen sich nicht effektiv genug, die Nachfrage nach Tabak in sozial benachteiligten Milieus nachhaltig zu reduzieren.

Der Einschnitt mag für die Gewerbetreibenden groß sein, allerdings bleibt zu hoffen, dass der EuGH in der Abwägung der konkurrierenden Rechte, dem Recht auf Gesundheit der sozial Benachteiligten den Vorrang vor den Wirtschaftsinteressen geben werden wird.

Verpflichtende Aufdrucke von Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln sind Maßnahmen der Verhaltensprävention, die den Raucher wie in einer Antiwerbung zur Aufgabe seines Konsums motivieren sollen.

Bei den meisten Rauchern handelt es sich aber nicht um ein Wissensdefizit, das zum Tabakkonsum führt, sondern ihre Kompetenzausrichtung bzw. auch die Nikotinsucht lassen sie wider besseres Wissen rauchen. Somit sind die zu erwartenden Erfolge bei diesen antiwerbungsgleichen Aufdrucken eher klein. Schließlich verfügen die meisten Raucher über ein erhebliches Potential, diese gesundheitlichen Risiken

¹⁵ Durch gesetzliche Regularien in den USA soll Schleichwerbung für Tabak allerdings untersagt werden.

¹⁶ Paradoxerweise bleibt die Werbung für das Produkt „Alkohol“ in jeder Form erlaubt, obgleich infolge des Alkoholkonsums jährliche viele Menschen sterben oder zu Schaden kommen.

auszublenden (Nickels, 2000: 291). Die angedachte Verschärfung dieser Aufdrucke wird daran wohl nichts ändern.

Ähnlich wie bei der Werbung selbst, sind auch die **gesetzlichen Vertriebs- und Konsumbestimmungen** für Tabak ein Zugeständnis der Politik an die Wirtschaftsinteressen aus Tabakverarbeitungsindustrie und Handel zu Lasten der sozial schwachen Raucher.

Nach dem §10 Jugendschutzgesetz dürfen Tabakwaren zwar nicht (mehr) an Jugendliche unter 16 Jahren verkauft werden.

In Deutschland hat sich aber ein totales **Verbot der Zigarettensautomaten** nicht durchsetzen können. Wie die Werbetafeln dürfen sie als bauliche Maßnahme fast überall aufgestellt werden, wo die bevorzugt rauchende Klientel die Zigaretten jederzeit erwerben kann.

In anderen EU-Ländern und den USA sind sie bereits wegen der leichten **Umgehung der Schutzgesetze** ganz verboten worden. Während es in Deutschland die höchste Dichte der Automaten (ca. 822.000) weltweit gab, die eine Allverfügbarkeit in den Wohngebieten sicherstellten (WHO- Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, 2004). Dürfen sie nunmehr weiter montiert werden, wenn sie mit einer so genannten Geldkartenfunktion ausgestattet sind. Sie soll ein Ziehen von Zigaretten von Personen unter 18 Jahren verhindern. Man argumentiert, es gäbe diese Karten eben nur für Personen über 18 Jahre zu kaufen. Ein Schutz, der weniger effektiv erscheint als der persönlich kontrollierte Verkauf an Personen über 18 Jahren, wie er in den USA vorgeschrieben ist.

2.2.2 Sozial Benachteiligte und die Kompetenzförderung

Nachfrageorientierte Interventionen, die am Individualverhalten des Rauchers ansetzen, dominieren die Tabakpräventionspolitik in Deutschland. Gemäß dem traditionellen biomedizinischen Risikoansatz, im Gegensatz zum von der WHO geforderten risikofaktorunabhängigen Gesundheitsförderungsansatz, herrschen suchtpreventive Maßnahmen vor.

Sie zielen auf die individuelle **Verhaltensebene** „Rauchverhalten und Rauchfolgen für die Gesundheit“ ab. Angestrebt ist durch Vermeidung von Risiken zur Gesundheit zu erziehen. Seit den 1970er Jahren wurden Abschreckungs- und Aufklärungskampagnen, Standfestigkeitstrainings oder Life-Skill-Trainings in

deutschen Gemeinden, Schulen, Verbänden und Freizeiteinrichtungen etc. etabliert (Bühringer, 1998).

Im Fokus dieser Interventionen standen Kinder und Jugendliche, bei denen durch **substanzspezifische Maßnahmen** der Gefährdungsvorbeugung und Kompetenzförderung der Einstieg in den Drogenkonsum verhindert oder hinauszuzögert werden sollte (Schmidt, 2000: 358).

Mittlerweile geht man zwar von einem dynamischen und multifaktorellen Abhängigkeitsverständnis aus und legt in der Präventionsarbeit einen erweiterten Drogenbegriff zugrunde, der sowohl illegale und legale Substanzen berücksichtigt (Hüllinghorst, 2000: 270). Als allgemeine Vorgabe gibt es etwas wie einen „Qualitätsstandard“ aller verhaltenspräventiver Arbeit, durch den zielgruppenspezifisches, ganzheitliches und prozeßorientiert langfristiges Vorgehen sicherstellt werden soll (DHS 1994). Theoretisch sollen damit auch soziale, ökonomische und organisationsbezogene Aspekte der Abhängigkeit in die Suchtprävention einbezogen werden. Das entspricht aber nicht der Realität.

Aufklärungskampagnen richten sich dennoch an die Allgemeinheit und weisen meist keine erkennbare soziale Zielgruppenorientiertheit auf, sie unterscheiden nur zwischen Erwachsenen und Jugendlichen (Hüllinghorst, 2000: 270). Unterschiede gibt es vor allem nach dem Alter der Adressatengruppe in der sprachlichen Fassung. In Anzeigen, Filmspots und Plakaten wird dafür geworben, nicht mit dem Rauchen zu beginnen oder zu Gunsten der Gesundheit damit aufzuhören. Oder seit einigen Monaten wird dazu beschwörend aufgefordert, doch medikamentöse Unterstützung als eine Art Lebenshilfe zu kaufen. Sehr zur Freude der Hersteller!

Die Kampagne „Kinder stark machen“ ist eine Kombination aus verschiedenen Medien und personalkommunikativen Teilmaßnahmen (kooperierende Sportverbände) (Hüllinghorst, 2000: 274). In den einzelnen Bundesländern gibt es unter verschiedenen Namen wie „**Sucht hat immer eine Geschichte**“ (NRW) oder „**Wir handeln, bevor Sucht entsteht**“ (HH) parallel abgehaltene Kampagnen mit regionalen Schwerpunkten (Suchtweeks)¹⁷.

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA) in Köln, eine der wichtigsten bundesweit agierenden Einrichtungen für Prävention, verlegt

¹⁷ In den letzten Jahren integrierte man immer mehr Medien der Massenkommunikation und das Internet in die Aufklärungsarbeit (z.B. www.ausweg.de, www.tabakkontrolle.de, www.nichtrauchertag.de und diverse Webseiten mit Links und Informationen z. B. www.bzga.de, www.dhs.de).

Informationsbroschüren und lässt **Plakataktionen** durchführen, um auf die Gefahren des Rauchens hinzuweisen.¹⁸ Und je präziser der Sinn des Rauchens aus Sicht von Jugendlichen in den Appellen dechiffriert wurde, desto unklarer wurde der Sinn des Nichtrauchens (Helfferich, 1990: 52). Demnach schlecht sind auch die Resultate vor allem bei Jugendlichen, die sich in rauchenden peer – groups bewegen und für die Rauchen eine Kompensation für nach wie vor bestehende Probleme mit dem Heranwachsen erfüllt.

Die Kampagne „**rauchfrei**“ bietet Material für verschiedene Ansprechpartner. Unter anderem nimmt man auch Veränderungen im Lebenslauf zum Anlass auf die Gefahr des Rauchens hinzuweisen (rauchfrei ich bekomme ein Baby). Für Erwachsene gibt es die Broschüren, die das Entwöhnen erleichtern sollen oder Ratschläge für ein Einsetzen für eine rauchfreie Umgebung anbieten („Endlich rauchfrei“; „Der rauchfreie Arbeitsplatz“).¹⁹

Die Verbreitung von Informationen über die Aufklärungskampagnen ist aus Sicht der sozial Benachteiligten aber nur bedingt sinnvoll. Die **Umsetzung dieser Informationen** in eine Verhaltensänderung setzt bei ihnen mehr voraus, als das Lesen und Verstehen der Botschaft.

Rauchen hat für die Betroffenen einen „sozialen Vorteil“ in ihrem Milieu. Es ist Teil des „Kompetenzgerüsts“ für ihr Lebensumfeld. Dies beeinflusst die Gesundheitseinsicht erheblich negativ. Henkel beschreibt die Konsequenz für die Eigenwahrnehmung der Betroffenen, dass es ihnen daher nicht möglich ist, problematische Konsummuster frühzeitig wahrzunehmen und präventiv zu handeln (Henkel, 2000: 170). Aber eben dies ist Voraussetzung für einen positiven Nutzen aus Präventionskampagnen.

Überdies besitzen die meisten Raucher eine **kognitive Fähigkeit, die Gefahren zu verdrängen** und die aktuellen Vorzüge in den Vordergrund zu stellen (Nickels, 2000: 291). Dieses Verhalten wird noch potenziert, wenn man in einem

¹⁸ Mit zum Teil zotigen „Bonmots“ wird versucht, das Interesse des Betrachters oder Lesers für das Nichtrauchen oder die Gefahren des Rauchens zu wecken. Die Druckwerke erreichen in Art und Ausgestaltung inzwischen die **Qualität einer Werbekampagne** eines beworbenen Lifestyle-Produktes, für das breites Kaufinteresse geweckt werden soll. Sie sprechen vor allem junge Menschen an, bedienen sich ihres Sprachstils, sprechen „Girls“ anders an als „Boys“.

¹⁹ Ein kostenloser Versand an alle in großen Mengen über (www.bzga.de) soll zur weiteren Verbreitung beitragen. Darüber hinaus gibt es noch Traktate für die Unterstützung von Angehörigen, Trainern oder Lehrern, die auf rauchende Zeitgenossen zum Wohle der Gesundheit informierend einwirken sollen. (*Der Weg zur rauchfreien Schule*, BZgA 2003).

Lebensumfeld lebt, dass mit sozialem Konformitätsdruck die Problematisierung des Rauchens schwierig macht (Henkel, 2000: 170f).

Broekmann beschreibt diese Unglaublichkeit der Gesellschaft und ihrer Gesundheitsnormen als eine Konsequenz der sozioökonomischen Lebenssituation und der durch die Gesellschaft erfahrene Behandlung. Das Rauchen als Teil des reaktionären Verhaltensmusters auf die soziale Zurückweisung in der Gesellschaft, lässt die vermittelten Normen der benachteiligten Gesellschaft, möglichst auf das Rauchen zu verzichten, diesen Personen nicht (mehr) erstrebenswert erscheinen (Broekmann, 2000: 206f). Ihnen fehlt auch der wirksame in der Lebenswirklichkeit erfahrbare sofortige Nutzen des Nichtrauchens. Für Henkel kranken Präventionsmaßnahmen, die losgelöst von den Alltagsanforderungen der Menschen agieren, an mangelnder Glaubwürdigkeit der gesundheitlichen Zielsetzung, wenn nur Verhaltensweisen, die in der täglichen Lebensgestaltung greifbare Vorteile verschafften, auch dauerhaft übernommen werden können (Henkel, 2000: 177).

Auch die gewählten Medien, vor allem Druck und das Internet, sind infolge der **eingeschränkten Medienkompetenz** der sozial benachteiligten Personen, die oft einen niedrigen Bildungsstand haben, fragwürdig effektiv. Fernsehen und Rundfunksender (Einslive) würden von (jungen) Personen der sozial benachteiligten Kreise mehr frequentiert werden.

Schutzfaktoren gegen ungesunde Verhaltensweisen werden entwicklungsfortschreitend erworben und vertieft, damit stehen sie auf gleicher Stufe wie die Entwicklung risikogeneigter Einstellungen der Betroffenen.

Die soziale Herkunft einer Person ist ausschlaggebend für ihre Kompetenzentwicklung, die schon sehr früh in der Entwicklung des Menschen einsetzt (Kinderschutzbund, 2004). Dies gilt insbesondere für das präventives Verständnis einer Person, **Förderungsbedarf** bei sich zu erkennen und umzusetzen. Eine Gesundheitserziehung ab dem Jugendalter kann demzufolge ausschließlich Schadensbegrenzung betreiben und verliert wegen der gefestigten Verhaltensweisen Vieles von ihrer Effektivität, die sie unter Umständen bei Kleinkindern noch haben würden.

Nöcker und Grundmann beschreiben zur Förderung der Kompetenzentwicklung vier wichtige Settings, die als zentrale Zeitfenster für Prävention in der Entwicklung eines Individuums genutzt werden müssen. Diese seien neben der frühen Kindheit und

Schule vor allem Familie und außerschulische Freizeit bei Jugendlichen (Nöcker & Grundmann, 1999).

In den Kindergärten und Grundschulen sollen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und die Entfaltung psychischer Stärke erlernt werden, Kinder sollen z. B. mit psychomotorischen Bewegungsprogrammen Anreize zur Reife erhalten. Die Erzieher werden einschlägig geschult und supervidiert (Hüllinghorst, 2000: 276). Weniger Beachtung findet immer noch die **Kompetenzförderung in der Familie und für die Familie**. Dort werden die ersten Elementarkompetenzprägungen und die Hauptressource, der soziale Rückhalt für Entwicklung vermittelt.

Es gibt zwar unter anderem BZgA- Broschüren, die die Eltern informieren, wie Sucht vorzubeugen ist („Wir können viel dagegen tun, dass Kinder süchtig werden“ BZgA 1994 erscheint in drei Teilheften je nach Entwicklungsstand des Kindes) und „Über Drogen reden“ (BZgA 1997). Daneben stehen noch andere Angebote zur Verfügung, die aber alle aufgesucht oder erworben werden müssen.²⁰ Für selbstachtsamkeitgeminderte Raucher oder Eltern aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Milieus, bereits hohe Hürden für ihre Medienkompetenz und ihre Selbstwahrnehmung.

Daneben steht noch die Inanspruchnahme von Erziehungsbeiständen der Jugendämter zur Verfügung. Aber auch an dieser Stelle sei der Hinweis auf die eingeschränkte Medien- und Gesundheitskompetenz der sozial Schwachen erlaubt, die die Verwendung von Druckwerken, die man überdies noch selbst besorgen/kaufen muss, wenn man die Notwendigkeit, wegen der **Präventionunsensibilität** überhaupt bemerken sollte, wenig sinnvoll erscheinen lässt.

In den Schulen existieren wegen der Bildungshoheit der Länder verschiedene Ansätze der Suchtprävention. Im Programm „Step by Step“ werden breit angelegt Lehrer geschult, frühzeitig Sucht bei Kinder zu erkennen und zu intervenieren. In den Förderprogrammen für Schüler werden **allgemeine Lebenskompetenzen** und **soziale Kommunikationsfähigkeiten** interaktiv eingeübt (Bühringer & Bühler, 2004: 185).

Erlern werden Kompetenzen nicht als Unterrichtsstoff, sondern in der Interaktion des sozialen Lernens, das spezifische positive Verhaltensweisen in der sozialen

²⁰ Selbsthilfebücher („Wenn es um Drogen geht“, „Hilfe, mein Kind nimmt Drogen“), Erziehungsleitfäden „Kinder stark machen für das Leben“

Gruppe verstärkt (Bandura, 1986). Vorteilhaft ist die Begleitung der Programme über die Entwicklung der Jugendlichen und die Einbeziehung der Klassengemeinschaft als Peer-Group, um sozialen Rückhalt aufzubauen (Bühringer & Bühler, 2004: 186). Die Konzepte „**Lions-Quest**“ nebst der Modifikation „**Erwachsenwerden**“ und das „**ALF- Programm**“ sind einige bekannte Programme auf schulischer Ebene, die Schülern helfen sollen, gesunde Lebenskompetenzen im Umgang mit Stress und Konflikten zu erlernen. Die Jugendlichen erlernen kommunikativ stressige Situationen zu handhaben, Entspannungstechniken und erfahren einen systematischen Aufbau des Selbstwertgefühls innerhalb der Gruppe. Inzwischen gibt es auch von Schülern initiierte Projekte der Kompetenzvermittlung („Youth to Youth“), wenngleich die **Peerprojekte** in das Präventionsbemühen aufgenommen werden, sind sie aber im schulischen Alltag nach wie vor selten (Hüllinghorst, 2000: 276).

Außerschulisch werden freizeitorientierte Projekte in Kooperation mit anderen Institutionen etabliert, um durch Schulung der dortigen Betreuer, Kinder und Jugendliche durch Kompetenzvermittlung von suchterzeugenden Umständen abzuhalten. Junge Menschen können über den Sport in der Gemeinschaft in ihrem Gesundheitsverhalten und ihrem Selbstwert gestärkt werden (BZgA 2002).

Allen Projekten gemein bleibt der personenzentrierte Ansatz, der das **eigenverantwortliche Verhalten** abändern helfen soll.

Das Ziel der Intervention ist der einzelne Raucher in der Entwicklung seines Konsummusters, aber meistens nicht auch das ihn umgebende Setting. Insofern werden zwar alle gleich behandelt, aber in der Effektivität der Konzepte für gleiche Gesundheitschancen nicht gleich gestellt. Schulische Prävention sollte aber unbedingt die Sichtweisen der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen, die sie aus ihrem außerschulischen Umfeld mitbringen (Petermann & Fischer, 2000).

Diese Sichtweisen mit einfließen zu lassen, gestaltet sich als schwierig, wenn die für die Konzepte vorausgesetzte Lebensgestaltung mit den realen Lebensumfeldern sich als nicht kompatibel erweisen. Schließlich sind die Konzepte, wie ihre Wirksamkeit in den anderen sozialen Milieus zeigt, nicht für sozial benachteiligte Milieus entworfen worden.

Als erfolgreichste Einzelmaßnahme in der Suchtprävention hat sich tatsächlich der **Lebenskompetenzansatz** herausgestellt (Tobler et al. 2000) und in Deutschland stehen mittlerweile viele evaluierte Programme dieser Art zur Verfügung (Maiwald

& Reese, 2000). Dennoch ist die gezielte Förderung von Lebenskompetenzen, die z. B. in den schulischen Programmen „Lions-Quest“, „Erwachsenwerden“ oder „ALF“ angestrebt wird, trotz ihrer positiven Evaluation noch nicht flächendeckend im Einsatz (Hüllinghorst, 2000: 276). Aber sinnvolle und nachhaltige Lebenskompetenzförderung setzt Umstände voraus, die diese neuen Kompetenzen zulassen (Henkel, 2000: 177) oder diese Kompetenzen als hilfreich bei der Alltagsbewältigung erscheinen lassen (Leppin, 1995). An diesem Zusammengreifen von gesunden Kompetenzen und deren Kompatibilität der Schaffung entsprechender Lebensumfelder fehlt es nach wie vor. Deshalb kann sich ein Effekt auf Dauer auch nur bei den Schülern einstellen, deren Lebensumfeld diesen Kompetenzen entspricht. Zu denen gehören nicht die sozial Benachteiligten, die durch die Lebensumstände der positiven Kompetenzeffekte wieder verlustig gehen.

Die Durchführung der gezielten Lebenskompetenzförderung ist keine gesetzliche Pflichtaufgabe der Schulen. Die Landesschulgesetze geben nur in Programmsätzen ein allgemeines Ziel der Schulausbildung vor, die Schüler in ihrer Persönlichkeit zu fördern und auf das erwachsene Leben in der sozialen Gemeinschaft vorzubereiten (SchulG. NW §1)

An Haupt-, sonderpädagogischen - und Berufsschulen, wo die meisten sozial benachteiligten Jugendlichen unterrichtet werden, sind solche Kompetenzförderungen immer eher selten vertreten.

Die Schule ist mit ihrer **Schülerklientel** und deren sozialen Problemen, die in die Schule hineingetragen werden, ohnehin überlastet, so dass die Motivation, eine derartige Schulung durchzuführen, auf beiden Seiten vergleichsweise nur als gering einzustufen sein wird. Wie durch die soziale Diskriminierung selbst, werden auch im Schulalltag dieser Jugendlichen viele Ressourcen durch das Aufarbeiten oder nur Ertragen der sozialen Probleme gebunden. Die Schule als Institution beginnt in dieser Situation ihrerseits **durch Leistungsdruck** noch zum Problem zu werden, da sie vornehmlich auf Wissensvermittlung ausgelegt ist (Keller & Hafner, 2003). Eine in den Konzepten vorgesehene Beteiligung des Umfeldes ist bei der verhaltensauffälligen Klientel mit oft geringer sozialer Integration schwierig. Die Einstellung zur Schule ist bei den Eltern durch ihre eigenen Erfahrungen ebenso negativ geprägt, wie das der Schüler selbst (Keller & Hafner 2003). Es treffen verschiedene Welten aufeinander, die alle ihrem eigenen Selbsterhalt verpflichtet agieren (Schnabel, 1988). Es entstehen Erwartungsanforderungen, mit denen der

jeweils anderen Seite entgegengetreten wird, die schwer oder gar nicht erfüllbar sind (Hurrelmann, 1993).

Nicht zuletzt sind die **Konzepte selbst oft ein Hemmnis**. Sie sind nicht für die verschiedenen Schultypen (vorherrschende soziale Milieus) mit ihren eigenen Anforderungen modifiziert entstanden, sondern als Lehrstoff für Durchschnittsjugendliche der jeweiligen Altersstufe konzipiert (Walden et al., 1998; Bühringer & Bühler, 2004: 186). Ein wesentlicher Grundsatz der Pädagogik lautet, die Schüler dort abzuholen, wo sie sich befinden. Dies gilt ebenso für die Kompetenzförderung.

In vielen Fällen sind die Schüler in den besagten Schulen schon jenseits der mutmaßlichen Wirksamkeit der Schulprogramme. Verhaltensauffälligkeiten haben ihre Ursache schon in der frühen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (Caspi et al. 1997). Unter Umständen sind die Kompetenzen schon so „defizitär“ und fest gefügt, dass ein Kompetenzförderungsprogramm allein nicht ausreicht., so dass anstatt Einsatz des schulischen Programms, das nicht auf diese besonderen Umstände zugeschnitten ist, spezifische Interventionen notwendig wären (Bühringer & Bühler, 2004: 186f).

Schwerpunkt der Schulpädagogik ist aber ausschließlich präventiv erzieherisch und nicht die **therapeutische Defizitkompensation** (Keller & Hafner, 2003).

Hurrelmann und Leppin beobachteten in schulischen Projekten an sozialen Brennpunktschulen, mit einem hohen Anteil an bereits rauchenden oder rauchgeneigten Jugendlichen, dass sich der Zusammenhalt der in das Programm eingebundenen Klasse als Peer-Group sogar effektmindernd auf die Programme auswirken kann (Leppin & Hurrelmann, 2000). Hier zeigt sich das zeitliche Defizit in der Abstimmung der Prävention auf die Entwicklung und Manifestation der gesundheitlichen Benachteiligung besonders deutlich.

Die Kompetenzförderung müsste schon früh beginnen, bevor die Prägephasen mit Defiziten abgeschlossen werden, die eine **Reduzierung der generellen Lernmotivation** nach sich ziehen (Jugert et al. 2002).

Jede Intervention hat ihren spezifisch günstigsten Zeitpunkt.

Nun gibt es (noch) keine flächendeckende Versorgung mit Hort- und Kindergartenplätzen und vor allem keine Aufsuchdienste für junge sozial schwache Familien zur Unterstützung ihrer Sozialisationsleistung. Vor allem diese beiden Settings als erste Sozialisationsstätten stellen die Schlüsselsettings zur

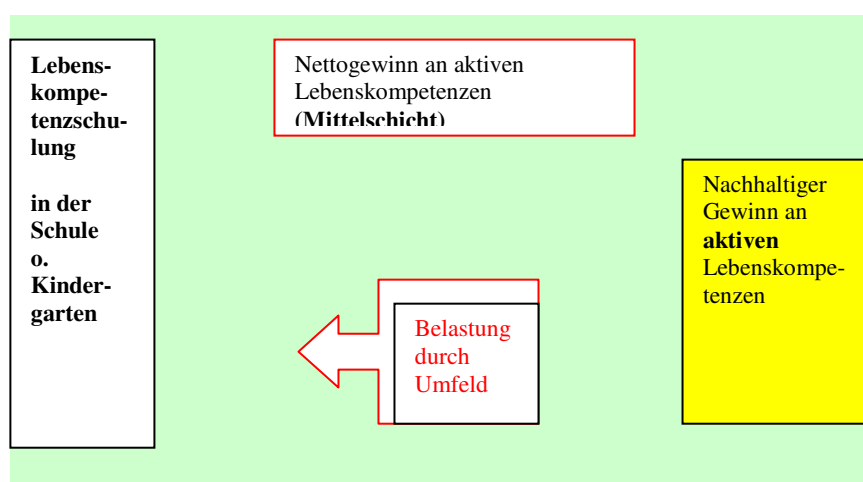
Kompetenzbildung dar (Zimmer, 2002). Das Förderprogramm der schulischen Kompetenzförderung kann daher bei sozial benachteiligten Milieus nur noch eine Art **Schadensbegrenzung** sein.

Wie oben bereits angeführt ist die Übertragung der erlernten Kompetenzen ins sozial benachteiligte Milieu des täglichen Lebens problematisch. Die zu erlernenden und geförderten Lebenskompetenzen müssen im außerschulischen Lebensumfeld sozial relevant günstig für die Lösung der Alltagsprobleme sein, andernfalls eignen Jugendliche sich diese erst gar nicht an. (Leppin & Hurrelmann 2000; Leppin, 1995). Der an sich positive Ansatz, **Lebenskompetenzen als Schutzfaktoren** gezielt zur Verhütung von Suchtverhalten zu fördern, entspricht grundsätzlich dem dargelegten Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Entstehung des Rauchverhaltens nur zum Teil. Kompetenzen sind keine konstante Größe, die erworben wird und die dann ein Leben lang als aktiver „Schutzpanzer“ beibehalten wird. Vielmehr passen sie sich ebenso durch Selektion dem Umfeld wieder an, wie auch das Lebensumfeld, in dem eine Person leben muss, von ihren Lebenskompetenzen bestimmt wird.

Ein unabhängig von der Lebenswirklichkeit durchgeführtes „**Kompetenz-Tuning**“ kann bei Verbleib in der unveränderten Lebensumwelt nicht nachhaltig genug sein. Punktuell werden Kompetenzen im schulischen Setting aufgebaut, die im weiterhin sozial benachteiligten Leben mit finanzieller Anspannung oder Arbeitslosigkeit als aktive Lebenskompetenzen wieder degenerieren können.

Schaubild 9 verdeutlicht den Nettogewinn nach **Abzug der umfeldbedingten Anpassungsverluste** in der Mittelschicht. Ihr Kompetenzgewinn als Schutzfaktor gegen gesundheitliche Beeinträchtigungen ist beachtlich

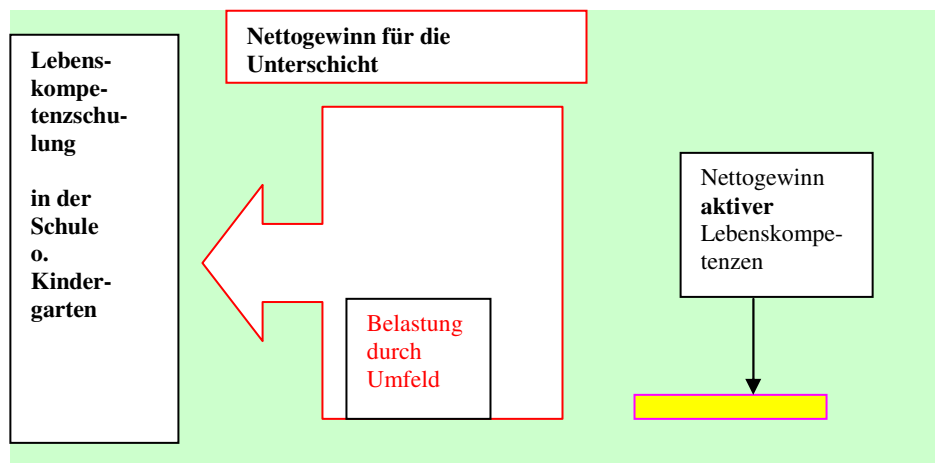
(Schaubild 9: Kompetenzminderung durch Lebensumstände bei der Mittelschicht)



Das Schaubild 10 soll hingegen den **Verlustfaktor** bei den unteren sozialen Milieus verdeutlichen.

Ihr Nettogewinn ist infolge der starken Degeneration im Umfeld, wenn sie überhaupt aufgenommen werden, auf Dauer sehr gering. Wenn nicht auch begleitend diese „kompetenzfressenden“ Umstände reduziert werden, können die vermittelten Kompetenzen nicht als positiv und sinnvoll im Alltag überstehen.

(Schaubild10: Verlustfaktor bei Kompetenzen durch Lebensumstände der unteren Milieus)



Die Lebensumstände in den sozial benachteiligten Milieus der Jugendlichen wird sich durch die **verhaltens- und personenzentrierten Ansätze** wenig ändern, da deren Abänderung eben nicht bei den Jugendlichen selber liegt. Deshalb wirken sie weiterhin hemmend auf den Kompetenzerwerb bzw. –erhalt ein.

Die an sich sehr positiven Ansätze sind dadurch gefährdet, eine relative Unwirksamkeit in der Nachhaltigkeit der vermittelten Kompetenzen und deren Effekte zu haben.

Andernfalls werden neue Ungleichheitsdimensionen durch das Fördern von Schülern mit Lebenskompetenzprogrammen geschaffen, die ohnehin ein gutes Kompetenzgerüst aufweisen und zudem den größeren Nutzen davon tragen .

Schließlich bestimmen die so geschulten Schüler der Mittel- und Oberschicht die gesellschaftliche Kompetenzerwartung von morgen.

Ein wichtiger **Differenzierungsfaktor** in den Kompetenzprogrammen wäre zum Beispiel auch das Geschlecht (Kolip, 1997). Frauen rauchen aus anderen Gründen als Männer und bedürfen deswegen einer anderen kompensierenden Förderung als Männer. Die jetzigen Programme sprechen eher Mädchen an als Jungen (Leppin, Hurrelmann & Petermann, 2000) Mädchen sehen in der Zigarette eine

Selbstsicherheitsquelle, die Jungen, die sich selbstbewusster geben, rauchen dagegen aus Statusgründen (Walden, 2000).

2.2.3 Soziale Kontrolle gegen das Rauchen in sozial benachteiligten Milieus?

Der **Nichtraucherschutz**, der in Deutschland, z. B. durch die Neufassung der Arbeitsstättenverordnung, internationalem Standard in Teilen angepasst wurde, soll ebenfalls die Nachfrage durch eine veränderte Stellung des Rauchens in der öffentlichen Meinung reduzieren helfen. Nun gibt es einen einklagbaren (Arbeits-)Rechtsanspruch auf einen **rauchfreien Arbeitsplatz**. Aber wirkt es auch vermindernd bei sozial Benachteiligten?

Es gibt **Übergangs- und Verhältnismäßigkeitsregeln** für Arbeitgeber, andere Bereiche sind als Ausnahmen völlig ausgeklammert (JVA, Maßregelvollzugseinrichtungen, Heime...). Früher bedurfte es grundsätzlich eines Antrages eines Nichtraucher, bevor ein Rauchverbot verhängt werden musste. Der soziale Druck in Bereichen, in denen viele Raucher waren, also wo sozial Benachteiligte gemeinhin tätig sind, arbeitete gegen die „renitenten“ Nichtraucher, die in der Minderheit waren. In anderen Ländern war der Arbeitgeber schon per Gesetz ausnahmslos verpflichtet, in seinen Betriebsräumen das Rauchen zu untersagen. Nur so konnten **nichtraucherfreundliche Verhältnisse** auch dort entstehen, wo Raucher in der Überzahl sind, also in Arbeitsbereichen der sozial Benachteiligten²¹. Deshalb sind die neuen Regelungen, die Arbeitgeber grundsätzlich zum Nichtrauchererschutz verpflichten, positiv für die soziale Kontrolle des Rauchens. Leider gibt es immer noch die Ausnahmen und Benachteiligungen. Das Versetzen von Nichtrauchern innerhalb eines Betriebes ist rechtlich nach wie vor möglich, wenn sie auf einen Nichtraucherarbeitsplatz bestehen sollten. Insofern relativiert sich die positive Entwicklung dann schon wieder in Richtung sozialem Druck zu Lasten einer nichtrauchenden Minderheit wie es in sozial benachteiligten Milieus den gegebenen Umständen im Alltag entspricht.

Das **Rauchen in öffentlichen Gebäuden (Schulen)** ist dagegen weitgehend verboten. Das Gaststättengesetz wurde allerdings nicht, wie im Januar 2004 in Irland,

²¹ Das Bundesarbeitsgericht hat allerdings das Rauchen auf dem Betriebsgelände unter freiem Himmel als Grundrecht anerkannt. Demzufolge sind strikte Rauchverbote auf dem gesamten Betriebsgelände auch während der Pausenzeiten nicht zulässig.

um den absoluten Nichtraucherenschutz erweitert, so dass in allen „Kneipen“, in denen sich sozial Benachteiligte aufhalten, rauchen ebenso noch erlaubt, wie in der angesagten Szene-Disco von Jugendlichen.

Erst im Jahre 2006 verabschiedete der Bund ein allgemeines bedingtes Verbot für das **Rauchen in Gaststätten**²². Ebenso ist das Rauchen in Räumen, in denen Speisen angerichtet werden, verboten. Das Rauchen unter freiem Himmel (Biergärten) unterliegt keiner Einschränkung. Es sei denn es handelt sich um Öffentliche Gebäude, wie Schulen, Krankenhäuser...., dort darf auch auf den Grundstücken das Rauchen ganz untersagt werden.

Aber es formiert sich nicht nur aus der Gastronomie Widerstand gegen diese positiven Verbote, sondern auch aus der Politik, so dass das endgültige Schicksal der gesetzlichen Regelungen noch ungewiss bleibt.

Anhängige Verfahren vor dem BVerfG in Karlsruhe könnten der Selbstbestimmung der Wirte in ihren eigenen Räumen Vorrang zugestehen, so dass sie selbst entscheiden dürfen, ob geraucht wird oder nicht. Gastronomiebeschäftigte wären dann vom Schutz gegen Gefahren des Tabakrauchs Arbeitnehmer zweiter Klasse.

Auf alle Fälle bleibt Rauchen damit aus der Sicht der Raucher immer noch ein erwachsenes und **gesellschaftlich anerkanntes Verhalten**, dem an vielen Orten gesetzlich sanktioniert nachgegangen werden darf.

Aber aus Sicht sozial Benachteiligter unter den Rauchern stellt die breite Front der Gesellschaft gegen das Rauchen eine weitere soziale Ablehnung dar. Dies birgt die Gefahr, mit Trotzreaktionen der Betroffenen beantwortet zu werden. Damit wäre jeglicher positiver Lerneffekt beim Gesundheitsverhalten aufgehoben. Ohne auch die Ursache ihres Tabakkonsums anzugehen und den funktionellen Nutzen des Rauchens in ihrem Milieu zu neutralisieren, wird sich an dieser Sichtweise der Betroffenen nicht viel ändern. Obgleich eingebettet in Gesamtkonzept die Ausbreitung von Rauchverboten hilfreich sein kann.

Durch das Wegbrechen anderer Konsumenten werden sozial Schwache stärker angesprochen werden. Angebotssteuernde Verhältnispräventionen tangieren immer wirtschaftliche Belange zumindest eines Wirtschaftszweiges, der über ein erhebliches **politisches Gewicht** verfügt, seine Forderungen zu vertreten und auch

²² Dieses Gesetz scheiterte an der fehlenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes. In Einzelabstimmung der Bundesländer wurden die Regelungen in den meisten Ländern zumindest sinngemäß als Landesrecht übernommen. Allerdings gibt es zahlreiche landestypische Ausnahmen, wie die „RaucherKneipen“ in NW und Nds.

durchzusetzen. Und an der Bewertung ihrer Wirtschaftspolitik sowie Wirtschaftswachstum, nicht an ihrer sozial ausgerichteten Antiraucherpolitik, wird die Regierung schließlich bei der Wiederwahl gemessen. Von ihrer Sozialpolitik hängt das politische Überleben in einer weiteren Legislaturperiode (leider) nicht ab. Ein weiterer Ansatzpunkt, neben der Nachfrageregulierung, innerhalb der Tabakpräventionspolitik ist die **Willensentscheidung des einzelnen Rauchers** zu beeinflussen. Er soll zum Nichtraucher „umerzogen“ werden. Auch dies funktioniert je nach sozialer Herkunft des angesprochenen Rauchers unterschiedlich gut. Aber dafür lassen sich Gründe finden, die in der sozialen Verursachungskomponente des Rauchens einerseits und der Verträglichkeit mit dem politischen System andererseits zu sehen sind.

Politisch gewährt die Ansicht, Rauchen ist einzig eine Willensentscheidung, die nur auf Nichtraucherwillen umkodiert werden muss, einige Vorteile, die die These einer sozialindizierten Anpassungsentscheidung mit Verantwortungsursache bei der Gesellschaft auf den ersten Blick nicht hergibt.

2.3 Gesellschaftliche Vorteile der „Eigenverantwortung“ des Rauchers

Bei den modernen Determinanten sozialer Benachteiligung ist die Frage nach der Individualentscheidung der gesundheitlich benachteiligten Personen als Ausdruck der größeren Mobilität kritisch andiskutiert worden. Die Vorteile, die sozial Benachteiligte von einer gesundheitsschädlichen Entscheidung haben, legten den Schluss einer nicht frei von sozialen „Zwängen“ gefällten Willensbetätigung nahe. Hier steht nun die Kehrseite der Medaille im Vordergrund.

Was hat die Gesellschaft gegen die **Annahme einer sozialindizierten Entscheidung** in Anpassung an die gesellschaftlich zugewiesenen Lebensumstände einzuwenden, indem sie den Nimbus der Eigenverantwortlichkeit aller Raucher akzentuiert hochhält?

„Eigenverantwortung und Wirtschaftlichkeit

Weitreichende Werbeverbote, Gesundheitswarnungen auf Zigarettenschachteln und Aufklärungskampagnen sind in Deutschland lange etabliert, um vor allem Jugendliche vom Rauchen abzuhalten oder Raucher zur Aufgabe des

Zigarettenrauchens zu bewegen. Selbst den nikotinsüchtigen Rauchern soll durch den Hinweis „Ihr Arzt oder Ihr Apotheker können Ihnen helfen“ der Weg zu Therapieangeboten geebnet werden.

In allen Fällen bleibt es beim **Ansatzpunkt „eigenverantwortliches Handeln“** des einzelnen (potentiellen) Rauchers unter Ausblendung der verursachenden Verhältnisse.

Bei Rauchern ist eine Umkehr zum Nichtrauchen durch Ausblenden des Risikos und Überbewertung des Nutzens grundsätzlich schwierig (Nickels, 2000).

Die verhaltenspräventiven Maßnahmen schädigen den Umsatz zumindest in den sozial benachteiligten Kreisen, die die Hauptkonsumenten stellen, nicht erheblich.²³ Schließlich waren die sozial Benachteiligten unter den Rauchern noch 2004 bereit, 20% ihres Budgets in Zigaretten zu investieren (Deutsche Krebsforschung, 2004).

In den USA treten diese wirtschaftlichen Interessen noch deutlicher zutage als in Deutschland. Die Tabakindustrie erscheint in der Öffentlichkeit als präventiver „Wolf“ im Schafspelz, der die freie erwachsene Entscheidung der Raucher als Ausdruck ihrer verfassungsgemäßen Freiheit zu schützen hilft. Die **Pflege der öffentlichen Meinung** ist der amerikanischen Tabakindustrie ein besonderes Anliegen. Schließlich hängt von einem positiven Image der wirtschaftliche Erfolg ab. Bei einem Stimmungswechsel gefolgt von einem Boykottaufruf drohen Milliarden Einbußen. Die öffentliche Meinung ist geschäftswichtig, deshalb ist ein „patriotisches“ Engagement für eines der wichtigsten Gesellschaftsziele, die Gesundheit, gewinnträchtig.²⁴ Die Tabakindustrie unterstützt sogar zahlreiche Aufklärungsprojekte zur Tabakprävention bei Jugendlichen und druckt die Warnhinweise auf den Zigaretten schachteln ohne großen Rechtsstreit ab. Dies ist nicht nur die **beste Werbung** für die Produkte und Schutz vor der Antitabakbewegung, sondern auch die beste Methode, unwirksame Raucherpräventionsprogramme zu Lasten der wirksamen Programme zu unterstützen (ASH 2002).

Wirtschaftliche Interessen und Steuereinnahmen, die sofort die Staatskassen füllen, wiegen schwerer als die gesundheitsfördernden Erfolge in einigen Jahren. Deshalb

²³ In den USA finanzieren Konzerne wie Phillip Morris sogar solche Kampagnen. Zu einen schädigen sie den Umsatz nicht und zum anderen bieten sie eine gute PR- Plattform, die etwaige Verluste wieder ausgleicht.

²⁴ Für deutsche Verhältnisse mag es verwundern, dass ausgerechnet Philip Morris, einer der größten Tabakproduzenten, Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche sponsert, und das in 150 Ländern (www.philip.morris.com).

erscheint die Eigenverantwortlichkeit des Rauchers, an die appelliert wird, so lukrativ, weil sie die Tabakprävention unter den Hauptabnehmern nicht fördert und die Einnahmen dadurch nicht schmälert. Begünstigt wird diese Haltung durch die vorherrschende gesellschaftliche Haltung auch in Deutschland

Wellness im „modernen“ Staat

Anders als in vielen Staaten Europas wird Drogenkonsum in den USA und Deutschland immer noch als **rein individuelles Problem** angesehen (Salvador-Lliviana & Ware, 1995).

Schon 1986 wurde diese Haltung von Becker als **Healthismus**, der das Ausmaß eines „Gesundheitsfaschismus“ annehme, kritisiert (Becker, 1986). Kühn stellte einige Jahre die besondere Durchgängigkeit dieser Haltung mit den Gegebenheiten der Gesellschaft heraus, denn das individuelle Streben nach einem individuell gesundem Lebensstil, unter der gleichzeitigen Nichtbeachtung von sozialen und politischen Aspekten als Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen, passe hervorragend in eine Gesellschaft, in der radikale Eigenverantwortlichkeit in allen sozialen Belangen propagiert wird (Kühn, 1993).

Soziale Zusammenhänge werden nicht als notwendige Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung politisch umgesetzt. In der amerikanischen Gesellschaft, die nur sehr wenig sozialen Ausgleich von Staats wegen anerkennt, werden extreme Ungleichheiten sogar bewusst hingenommen, weil sie für die amerikanische Volkswirtschaft wegen des Bedarfs an billigen Arbeitskräften vorteilhaft erscheinen. Aber auch in Deutschland wird **Ungleichheit bewusst als sozialadäquat hingenommen**, wenn es der „gesellschaftlichen Erneuerung“ dienlich erscheint.

„Wellness“ heißt das „neudeutsche“ Wort für Gesundheitsförderung in Eigenverantwortung. Soziale Aspekte spielen keine Rolle, Gesundheit wird eigenverantwortlich geschaffen. Einwände, dass sozial Benachteiligte keine Zeit, kein Geld und auch auf Grund ihrer Lebenslage keine motivatorische Reserven hätten, sich am eigenverantwortlichen Gesundheitsschaffen zu beteiligen, schließt dieser Ansatz vom Begriff her schon aus.

Allein faktisches Vermögen, etwas zu tun, reicht aus, die Nichtveranlassung als **persönliche Obliegenheitsverletzung** zu stilisieren. Dies passt in die politische Landschaft Deutschlands, das mit sozialer Erneuerung Eigenverantwortung gleichsetzt. Jeder Risikofaktor ist dabei aber austauschbar. Nicht nur das Rauchen,

auch das fettreiche Essen, das Trinken oder die mangelnde Bewegung können in Eigenverantwortlichkeit als Risikofaktoren für die Gesundheit ohne Gesellschaftsbeteiligung transformiert und bei Vorliegen als persönliche „Schuld“ gewertet werden.

Durch die alleinige **Fixierung auf Risikofaktoren**, die es zu verhindern gilt, kann schließlich jedes persönliche Verhalten zum Risikofaktor stilisiert werden (Bertra & Kuhlmann, 1995: 51). Eine Nichtbeteiligung an der Wellnesswelle als „Lebensführungsschuld“, wird als alleinige Verantwortung an sozial Benachteiligte zurückgeben werden.

Der Vorteil dieses Ansatzes liegt vor allem darin, dass eine Anpassung der Tabakpräventionspolitik in Deutschland oder gar die Befassung mit sozialer Ungleichheit in allen Lebenslagen politisch somit nicht mehr erforderlich ist.

Zum einen fehlt es an einem **gesundheitsförderlichen Ansatz**, der das System selbst kritisch auf dessen Verursachungscharakteren untersuchen soll, und zum anderen gebricht es der deutschen Tabakpolitik an einer **ressortübergreifenden Zielgruppensensibilisierung**, die ein Befassen mit verursachenden Lebensverhältnissen bei Raucher erst möglich macht.

Die Maxime „für alle das Gleiche in der Tabakpräventionspolitik“ führt durch unterschiedliche Nutzbarkeit im Endeffekt zu weiterer Ungleichheit. Die Frage bleibt zu stellen, ob diese ungleichstellende Gleichbehandlung ohne Berücksichtigung der sozialen Lebensverhältnisse, die das Rauchen verursachen, nicht gegen die Gewährleistungspflichten des deutschen Staates verstößt, die ihm das Grundgesetz auferlegt.

Gesundheitliche Gleichheit und aktiver Schutz des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit gelten auch für Raucher aus sozial benachteiligten Milieus, die zurzeit kaum an den Erfolgen der deutschen Tabakpräventionspolitik partizipieren.

Verstößt das Nichtberücksichtigen der sozialen Benachteiligung in der Tabakpräventionspolitik gegen diese **Gewährleistungspflicht des Staates**?

Und bedeutet alle in der Tabakprävention nach verhaltenspräventiven Handlungskonzepten gleich zu behandeln, nicht doch ein Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot bzw. Ungleichbehandlungsverbot des Artikel 3 GG?

Auf diese Fragen soll im nächsten Kapitel versucht werden, eine Antwort zu entwickeln. Vielleicht besteht ein Anspruch der sozial Benachteiligten unter den Rauchern gegen den Staat in Effektivität der Nichtraucherförderung bzw. des

Schutzes der Gesundheit mit Rauchen anderer Milieus gleichgestellt zu werden. Die bis dato praktizierte Gleichbehandlung reicht dazu wohl nicht aus.

3. *Rechtliche Strategien zur Nichtraucherförderung und das Grundgesetz*

Ziel der Tabakpräventionspolitik ist es, innerhalb der Bevölkerung möglichst viele Menschen davon abzuhalten, mit dem Rauchen zu beginnen oder damit fortzufahren (Samet et al.1998; Reid 1996; Kraus/Augustin 2001). Der Raucher oder potentielle Raucher tritt ins Visier der Präventionspolitik, er soll mit verschiedenen **Kommunikationsstrategien zum Nichtrauchen** bewegt werden (BZgA 2002). Soweit die gesellschaftliche Zielsetzung, die Gefahren des Rauchens innerhalb der Bevölkerung effektiv zu reduzieren.

Aber trotz gleicher Vorgehensweise gelingt es innerhalb der rauchenden bzw. potentiell rauchenden Bevölkerung nicht allen gleichermaßen, sich die Präventionsangebote zunutze zu machen (Helmert, 1999; Henkel, 1998).

Aus prekären sozialen Lagen stammenden Menschen gelingt der Ausstieg aus dem Teufelskreis des Rauchens weitaus schlechter als den anderen. Viele Raucher, meist jene, die aus sozial benachteiligten Milieus stammen, bleiben vom staatlich geförderten Vorteil des Nichtrauchens häufiger unberührt. Kinder aus sozial gehobener Stellung haben mit einer Raucherquote von 7% bei den 11-15jährigen die niedrigste Gefährdung (Hurrelmann/Klocke 1995). Kinder aus sozial schlechter gestellten Milieus tragen dagegen ein weitaus höheres gesundheitliches Risiko des Rauchens in zweifacher Hinsicht weiter.

Einmal entsteht eine **zeitliche Komponente**. Sie rauchen weiter, erkranken damit häufiger an tabakbedingten Erkrankungen und sterben früher.

Zum anderen besteht auch über ihr eigenes Leben hinaus eine **Nachahmungskomponente**.

Oft sind es rauchende Eltern, die ihren Kindern ein Vorbild der Entspannung via Zigarettengenuss oder Belohnung im Alltag durch Rauchpausen geben. Milieuspezifische peer-groups, in denen Rauchen als erwachsene Verhaltensweise gilt, helfen das Rauchen zu verfestigen (Pinquart/Silbereisen, 2004: 64f). Jugendliche nutzen häufig als **Mittel der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben**

gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (Silbereisen & Kastner, 1985; Pinquart & Silbereisen, 2002)

Zwar stehen die Präventionsangebote des Staates de jure jedermann offen, und ein jeder kann sich willentlich entscheiden, ob er Nichtraucher werden will oder nicht. Diese Entscheidung zum Nichtrauchen ist je nach sozialer Herkunft des Rauchers leichter oder schwer zu treffen (Scholz/Kaltenbach, 1995, Mielck, 2005). Sie muss daher wesentlich von anderen Erwägungen abhängen, als lediglich dem Willen, sich vom Rauchen zu distanzieren.

Es fragt sich, nachdem der Nichtraucherschutz juristisch thematisiert und etabliert wurde, ob eine Gemeinschaft nicht auch verpflichtet werden kann, ihre Mitglieder nicht nur vor den Gefahren des Passivrauchens, sondern auch vor den Gefahren des Aktivrauchens effektiv zu schützen?²⁵

Da die staatlich veranlassten Schutzmaßnahmen für einen erheblichen Teil der rauchenden Bevölkerung kaum wirksam werden, schließt sich die Frage an, ob nicht alle Raucher einen Anspruch haben, je nach milieubedingter Ursache für das Rauchen, effektive Maßnahmen zur **Nichtraucherförderung durch die Gesellschaft** zu erhalten, die diesen Verursachungszusammenhang beim Rauchen effektiv neutralisieren?

Anders formuliert: Ist die auf die Mikroebene des Willensentschlusses zu rauchen kaprizierte Tabakprävention, die einzige von den Schutzpflichten aus den Grundgesetz (GG) gedeckte Verfahrensweise? Oder ergäben sich aus den Grundrechten auch Lesarten und Ansätze in der Tabakpräventionspolitik, die diesen Unterschieden je nach sozialer Herkunft des Rauchers Rechnung tragen?

Schließlich bestehen die **Schutzpflichten des Staates** je nach Grundrecht gegenüber allen seinen Bürgern (Dietlein, 1992). Dies müsste auch den Schutz der Gesundheit nach Artikel 2 II GG mit einschließen.

Obgleich den Raucher aus gehobenem und sozial prekärem Milieu weder die Gefährlichkeit des Rauchens noch eine andere Form der Abhängigkeit unterscheidet, ist trotzdem der gesundheitliche Gewinn durch die Tabakprävention erheblich anders.

²⁵ Nach Artikel 2 I GG des Grundgesetzes, der die allgemeine Handlungsfreiheit garantiert, gehört das Konsumieren von Drogen als Ausdruck des eigenverantwortlichen Handelns nach einer Ansicht zum Schutzbereich, gegen den der Staat im Sinne einer Schutzpflicht nicht vorgehen müsse, sondern nur als Schutzobliegenheit könne (BVerfGE 90/145 (171); Di Fabio, 2005: MD 51) Dagegen spricht allerdings der Auftrag aus den Grundrechten (Lorenz, 1989, HbStR VI: 3538).

Der Rückschluss liegt deshalb nahe, dass die soziale Lage nicht nur im Verursachungszusammenhang beim Rauchen bzw. Nichtrauchen steht, sondern in das Präventionshandeln, das den Ursachenkreislauf durchbrechen helfen soll, mit einbezogen werden müsste, um einen gleichstellenden und nicht nur gleichlautenden Schutz zu gewährleisten.

Nur durch **ursachensensible Prävention**, die Faktoren der sozialen Benachteiligung aufgreift, könnte allen Rauchern der gleiche effektive Schutz vor den Gefahren des Tabakrauchens, die sich durch eben diese sozialen Komponenten verringern oder vergrößern, zuteil werden (Henkel, 2000: 177f).²⁶

Es verwundert eigentlich, dass, wie im bisherigen Präventionsbemühen, ein Verhalten abgeändert werden soll, ohne auch dessen Ursachen abändern zu wollen. Dies mutet an, als wolle man das Nägelkauen durch Hinweise auf das unschöne Aussehen bekämpfen. Das Handlungsziel des Stressabbaus soll aber dabei ignoriert und die Ursachen, wie Schüchternheit oder Angst, nicht gemindert werden. Es bedarf keiner großen Anstrengung, sich vorzustellen, wie erfolgreich dieses Vorgehen bei notorischen Nägelkauern wäre, die dieser Angewohnheit eben nicht nur als „dumme“ Angewohnheit frönen.

So verhält sich aber die Gesellschaft momentan gegenüber denen, die mit Rauchen als „Kompetenz“ bzw. Bewältigungsstrategie in ihrem Alltag operieren, indem sie ausschließlich auf den **Willen zum Nichtrauchen** verwiesen werden. Ein Kompetenzaufbau, um auf die Gestaltung des Alltags mit Rauchen besser verzichten zu können, findet kaum flächendeckend statt, wie eine positive Beeinflussung der ursächlichen Lebensumstände.²⁷

Dieses Recht, vom Staat ebenso unterstützt zu werden, wie andere Menschen in der gleichen gefährdenden Situation, betrifft die rechtliche Basis zwischen dem Einzelnen und der Gemeinschaft. Und jenes Verhältnis zwischen Bürger und Staat regelt das Grundgesetz (nachfolgend GG).

Auf das GG berufen sich schon jetzt die Gemeinschaft und die Nichtraucher gleichermaßen, wenn es um den Schutz von Nichtrauchern vor den Gefahren des

²⁶ Für den Plan einen Sumpf, im vorliegenden Fall das Rauchen, trocken zu legen, würde man auch erst die Zuflüsse, die ihn speisen, umleiten, bevor man darauf hoffen kann, er würde austrocknen. Und so verhält es sich mit dem Tabakkonsum, der durch verschiedene soziale Umstände einem Sumpf gleich gespeist wird.

²⁷ Von positiven Setting und Kompetenzstärkungsprojekten einmal abgesehen, verharrt die deutsche Präventionspolitik im Verhaltenspräventionsansatz. Eine Übersicht über diese Projekte zur Förderung sozial Benachteiligten in einzelnen Städten oder Regionen steht unter www.chancengleich-gesund.de oder BZgA 2005, Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenz.

Passivrauchens geht, die durch Einschränkungen der Raucher realisiert werden sollen.

Aus dem GG müssten sich ebenso **Ansprüche von Rauchern** aus sozial benachteiligten Milieus ableiten lassen, durch die Gemeinschaft effektiven Schutz vor den Gefahren des Tabakkonsums zu erfahren, wie die Personen aus gehobenen sozialen Milieus.

Je größer das Risiko, desto größer ist das Schutzbedürfnis und der Bedarf an präventiver Unterstützung.

Wenn man die etablierte Prävention betrachtet, stellen sich darum weitere Fragen:

Ist unser Staat nur zur Information über die Gefahren des Rauchens verpflichtet, um den Entschluss zum Nichtrauchen zu fördern? Oder gebietet das GG einen effektiven Schutz vor den Gefahren des Rauchens und damit die ursachenbezogene Prävention mit **Abänderung der verursachenden sozialen Umstände**? Dieser Frage soll nachgegangen werden, in dem das GG nach Regelungen gegen die soziale Ungleichheit, die Abwehr von Gesundheitsgefahren und die Gleichstellung der Bürger durchsucht wird.

Dabei kann nicht etwa eine neue gesetzliche oder gar verfassungsrechtliche Norm im Zentrum stehen. Vielmehr will ich die bestehenden Normen nur einer etwas anderen Lesart unterziehen, sie in andere Beziehungen setzen.

Oft bedarf es nur einer geringfügig veränderten Sicht der Dinge, um den Weg zu sachgerechteren Ergebnissen in einer Frage besser zu erkennen. Als Grundlage dienen in dieser Bearbeitung zum Teil schon seit Jahren bekannte Rechtssprechung und Literaturmeinungen der Rechtswissenschaft zu existenten Rechtsnormen. Sie werden allerdings unter dem veränderten Vorzeichen des **sozialsensiblen Raucherschutzes** betrachtet werden. Im Ergebnis steht sicherlich keine allgemeinverbindliche Rechtsposition, die eine „fehlerhafte“ Rechtsauslegung der grundrechtlichen Normen korrigieren soll.

Vielmehr ist es mein Ziel, die rechtlichen Gewichte in der Auslegung ein Wenig mehr zur gesundheitlichen Gleichberechtigung zu verändern, um Denkanstöße zu geben, wie das bestehende Recht auch beurteilt und angewandt werden könnte, gäbe es nur eine entsprechende politische Mehrheit dazu.

Ich halte dafür, diese **Auslegung der Grundrechte** gäbe es bereits zu Gunsten einer ursachensensiblen (Verhältnis)-Prävention, wenn es sich bei den gesundheitlich Benachteiligten in Deutschland um sozial Privilegierte mit entsprechender Lobby

handelte, die wegen staatlich geduldeter oder verursachter Lebensumstände stark vom vorzeitigen Tod betroffen wären.

Aber wie dem auch sei:

Am Ende möchte ich eine Empfehlung in Form eines **gesamtgesellschaftlichen Konzeptes** aussprechen können, die eine Umkehr in der Tabakpräventionspolitik ermöglicht, ohne gleich eine neue Verfassung erlassen zu müssen.

Zur Verdeutlichung der Struktur des Gedankenganges sind in jedem Unterkapitel Pfeildiagramme eingegliedert, die den Stand der Überlegungen, deren Entwicklung und deren Zielrichtung strukturell verdeutlichen sollen.

Gesundheitliche Benachteiligung als Anspruch auf staatliches Handeln

Das Grundgesetz enthält neben dem formalen Verfassungsrecht auch die Regelung des Verhältnisses des Staates zu den Bürgern (Hesselberger, 1988: Vorbemerkung zu Artikel 1). Es bestimmt einerseits, was die Gemeinschaft den Menschen in ihrer Mitte abverlangen darf. Aber vor allem bestimmt es andererseits die **Rechte der Menschen gegenüber dem Staat** als soziale Gemeinschaft (BVerfGE 7/198ff, Hesselberger 1988; Stern IV/1 2005).

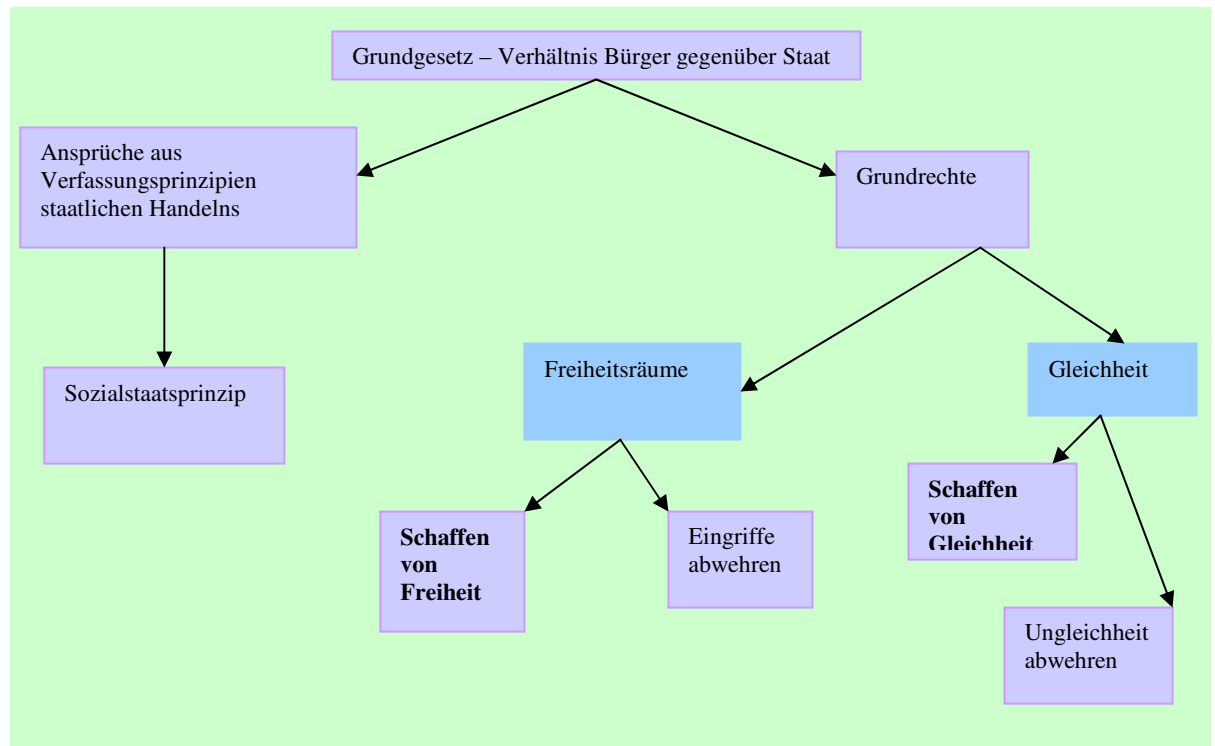
Und die Frage, ob eine ursachenbezogene Prävention zu Gunsten der Raucher aus sozial benachteiligten Milieus durch das Grundgesetz ermöglicht wird oder der bisherige Ansatz der Prävention allein durch das GG gedeckt ist, tangiert dieses Bürger– Staat – Verhältnis.

Das allgemeine Verhältnis des Bürgers zum Staat hat zwei verschiedene Anspruchsstränge auf ein bestimmtes staatliches Verhalten, die im Pfeildiagramm veranschaulicht sind.

Zunächst gebietet Artikel 20 GG dem Staat, sozialstaatlich zu handeln.

Möglicherweise betrifft dies schon einen Anspruch auf weitgehende **Aufhebung der sozialen Ungleichheit**. Deshalb steht zunächst dieser Grundsatz staatlichen Handelns, das Sozialstaatsprinzip aus Artikel 20GG, als Anspruch gegen den Staat, sich in bestimmter Weise sozial zu verhalten, im Vordergrund der Betrachtung. Dann werden im Anschluss die Grundrechte als möglicher Auftrag an den Staat geprüft werden, Freiräume des Menschen zu gewährleisten. Das heißt, ihnen erst die Möglichkeit zu verschaffen, diese Freiheit, hier das rauchfreie Leben, auch zu nutzen.

(Schaubild 11: Überblick über die Gestaltungsmöglichkeiten aus dem GG)



Es handelt sich bei der sozialen Benachteiligung um ein **Phänomen von sozialen Verteilungsunterschieden** innerhalb der Gesellschaft. Das Grundgesetz nennt in Artikel 20 Grundsätze für das Handeln des deutschen Staates. Neben einem Rechtsstaat normiert dieser Grundsatz auch einen Sozialstaat. Aber wenn auch das Wort sozial im Artikel 20 GG nur am Rande auftaucht, ist das Sozialstaatsprinzip ein Grundprinzip unserer Gesellschaft und unmittelbar geltendes Recht, das vor allem den Gesetzgeber beauftragt (BVerfGE 6, 32/41, Jarass 1989/2006 zu Art. 20; Stein 1988: 243). Der Staat ist zum Ausgleich sozialer Unterschiede innerhalb der Bevölkerung verpflichtet, er hat die sozial Schwachen zu schützen und für **Chancengleichheit** zu sorgen (Stein 1988: 243, Stern I 1980 zu Art. 20, Jarass 2006: Art. 20 Rz. 118). Er darf sich nicht auf die Position eines liberalen Nachtwächterstaates des 19ten Jahrhundert zurückziehen. Er ist aufgefordert, aktiv zu werden, um soziale Unterschiede auszugleichen. Deshalb lohnt es sich, das Sozialstaatsprinzip als mögliche direkte Anspruchsgrundlage für eine auf soziale Ursachen abgestimmte Prävention näher zu betrachten.

Eine andere Rechtsquelle für die Suche nach Anspruchsnormen zu Gunsten sozial Benachteiligter unter den Rauchern auf milieubezogene Prävention sind die **Grundrechte**. Sie haben, wie oben im Diagramm ersichtlich, zwei Dimensionen. Grundrechte entwickelten sich erst als Abwehrrechte des Einzelnen gegen staatliche

Eingriffe, die sich direkt gegen seine Rechtsgüter richteten. (Epping, 2005: 6f, Dietlein, 1992; Stern IV/1 2005 Vorbem. zu Art.1,). Neben dem Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe enthalten sie auch Handlungsanweisungen an den Staat, diese **Freiräume nutzbar zu machen** und zu halten. Wie viele andere Rechtsnormen haben auch Grundrechte zwei Dimensionen.

Gemäß ihrer Schutzziele gibt es Freiheits- und Gleichheitsrechte. Sie garantieren einerseits Freiräume und andererseits Gleichheit. Für die Raucher, die aus sozial benachteiligten Milieus stammen und nicht im gleichen Maße von den Präventionsangeboten des Staates profitieren, bedeutet Feiraum nutzen können, gesundheitlich ebenso geschützt zu werden, wie Raucher aus anderen Milieus. Kurz gesagt: Die Freiheit ist zu schaffen , durch die die **präventive Unterstützung** der Gemeinschaft, Nichtraucher werden, auch nutzen zu können.

In diesem Zusammenhang erkennt man dann die Frage der Gleichheit. Diese sozial Benachteiligten unter den Rauchern haben möglicherweise einen Anspruch, mit den Rauchern aus anderen sozialen Milieus gleichgestellt zu werden, d.h. wegen anderer Verursachungslage auch anders behandelt zu werden.

Im Fall der Raucher aus sozial benachteiligtem Milieu würde dies bedeuten, dass sich aus dem GG ein **Anspruch auf effektiven Gesundheitsschutz** und gegebenenfalls auch ein Recht auf andere Behandlung innerhalb der Prävention ergeben könnten.

Bevor allerdings die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit im Rahmen der Grundrechte betrachtet werden, wäre ein direkter Anspruch aus dem GG prüfenswert, ob nicht direkt aus Sozialstaatsprinzip gegen die soziale Ungleichheit an sich vorgegangen werden kann. Mit dem Verschwinden der sozialen Ungleichheit entfielen auch die verursachenden sozialen Fakten für den Tabakkonsum. Letztlich soll der Staat nach dem Sozialstaatsprinzip einen Ausgleich von sozialen Unterschieden anstreben und diese auch verwirklichen, um eine materielle Gleichheit zu erzielen (Stern I, 1980 zu Art 20., Stein 1988: 245, Jarass, 2006 zu Art. 20, Rz 118f).

Deshalb erfolgt im nächsten Kapitel zuerst die Prüfung des Sozialstaatsprinzips unter der Hinsicht des direkten Vorgehens gegen die soziale Ungleichheit als Gesundheitsrisiko. Erst danach folgt ggf. ein **indirektes Vorgehen gegen die soziale Ungleichheit** über ihre Auswirkungen im Licht der Grundrechte des Einzelnen.

Zunächst erfolgt aber ein ganzseitiger Gesamtüberblick (Überblick 12) über den (grund)-rechtlichen Gedankengang und die zu bearbeitenden Subsumptionsprobleme in Bezug auf die soziale Benachteiligung bei den Rauchern.

(Schaubild 12: Gesamtübersicht über rechtliche Gedanken und Subsumptionsprobleme)

Übersicht über die Problematik der rechtlichen Strategien zu Gunsten soz. Benachteiligter aus dem Grundgesetz

Direktes Vorgehen gegen die sozialen Unterschiede in der Gesellschaft nach dem **Sozialstaatsprinzip des Artikel 20 GG.**

Probleme:

- keine konkreten Ansprüche bis auf **existenzielle Sicherung**
- soziale Unterschiede werden zugelassen

Ergebnis:

- Nur **Anspruch auf Chancengleichheit** in der Gesellschaft
- Grundsatz ergänzt Grundrechte als **Auslegungsmaßstab**

Indirektes Vorgehen gegen die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit **nach den Grundrechten**

- schlechterer gesundheitlicher Schutz durch weniger Nutzen an der Prävention
- Ungleichstellung mit Rauchern andere Milieus

Anspruch auf gleichen Gesundheitsschutz wie Menschen anderer Milieu vor den Gefahren des Rauchens nach Artikel 2 II GG

Probleme:

- Grundrechte als **Schutzanspruch** gegen **Selbstschädigung**
- Möglicher freiwilliger **Grundrechtsverzicht** durch Entscheidung zu rauchen
- **Konkreter Anspruch** auf konkretes Handeln des Staates

Anspruch auf Gleichbehandlung der soz. Benachteiligten in der Präventionspolitik durch Beteiligung am Erfolg der Nichtraucherförderung nach Artikel 3 GG

Probleme:

- **Ungleichbehandlung**, weil Raucher aus sozial benachteiligtem Milieu ungleich zu anderen Rauchern ?
- **Rechtfertigung** für die Gleichbehandlung aller Raucher
- Berücksichtigung sozial Benachteiligter in der Prävention – **neues Rechtssetzen oder eine Ergänzung**
- Kein Anspruch auf erstmaliges Tätigwerden des Staates

Mögliche Gegenrechte:

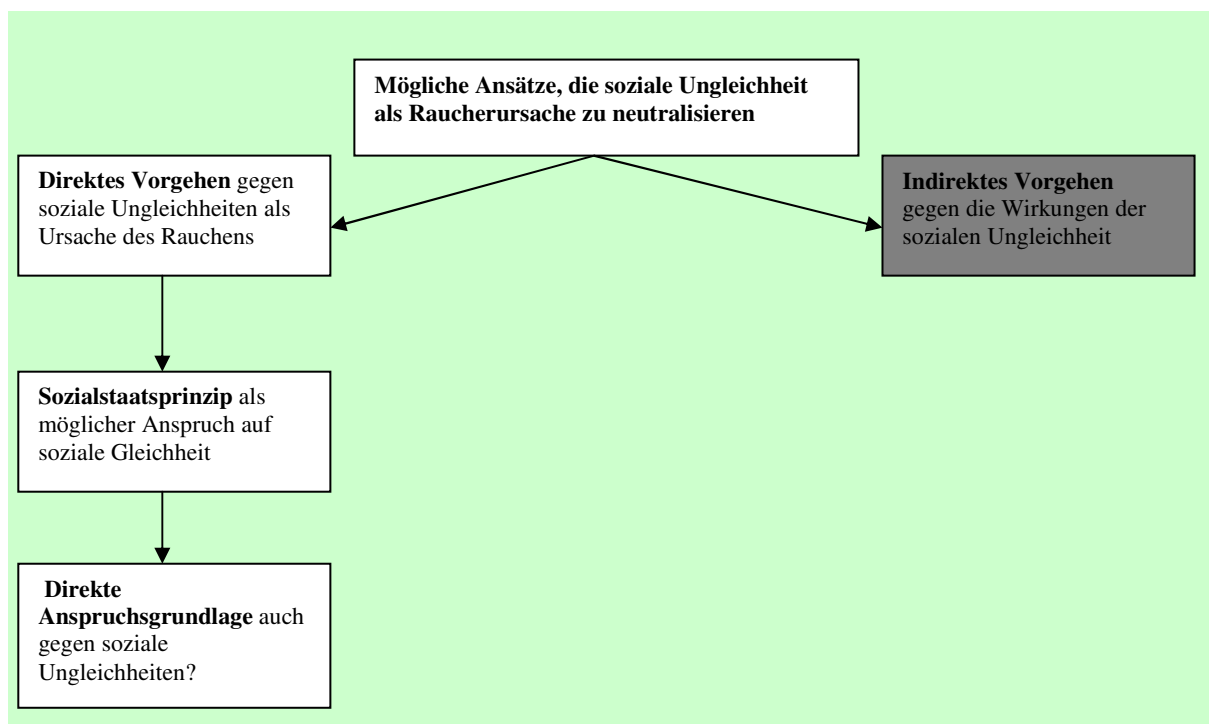
- Allgemeine Handlungsfreiheit der Raucher nach Artikel 2GG
- Gewerbefreiheit Art.12GG
- Erziehungsrechte der Eltern nach Art. 6I GG

3.1 *Direktes Vorgehen gegen soziale Benachteiligung als Ursache des Rauchens*

Es gibt theoretisch zwei Wege einer Gemeinschaft einer sozialen Benachteiligung zu begegnen und diese für die Gesundheitsentwicklung der Mitglieder unschädlicher zu machen. Entweder geht sie direkt gegen die Ungleichheit selbst vor. Die ungleichen Lebensumstände und Chancen werden von der Gemeinschaft angeglichen bis ein nivelliertes Maß für alle entsteht. Am Ende stände eine nivellierte- wenn auch keine völlig gleiche Gesellschaft.

Oder, so der andere Weg, sie geht die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit, schlechte Lebensbedingungen und minder ausgeprägte Kompetenzen, an und versucht, diese einer standardisierter Bandbreite gesunder Lebensbedingungen anzugleichen. Bei diesem Vorgehen stehen die Ansprüche der Menschen im Vordergrund, die Interesse daran haben, gleich effektiven Schutz zu erhalten.

(Schaubild 13: Ansätze rechtlicher Strategien gegen die soziale Benachteiligung – Direktes Vorgehen)



Das Sozialstaatsprinzip, das von der Gemeinschaft soziales Handeln und eine soziale Gesellschaftsstruktur fordert, könnte beim **direkten Vorgehen gegen die soziale Benachteiligung** als Verursachung des Tabakkonsums eine Schlüsselrolle spielen.

Ähnlich dem gleich gelagerten Rechtsstaatsprinzip, das dem Staat ein striktes Beachten der Gesetze und der Verfassungsgrundsätze auferlegt, könnte auch das **Sozialstaatsprinzip** in seiner Zielrichtung verpflichten, soziale Unterschiede auszugleichen. Aber ist ein sozialer Staat auch mit einer sozial völlig homogenen Gesellschaft als Ziel gleichzusetzen? Oder lässt der Grundsatz des Sozialstaates Ungleichheiten in den sozialen Lebensbedingungen der Menschen zu, die auch gesundheitliche Ungleichheiten nach sich ziehen dürfen?

Wirkung des Sozialstaatsprinzips

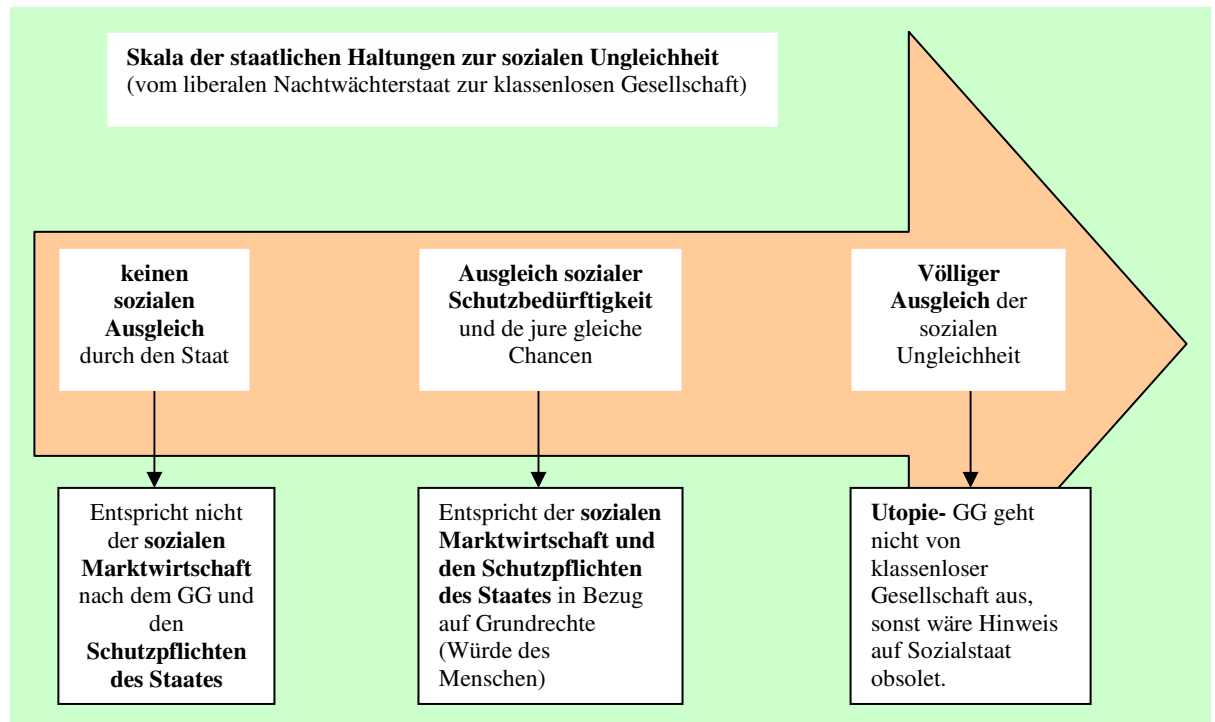
Ähnlich dem Rechtsstaatsprinzip, das das Wort „Recht“ enthält und so den Staat verpflichtet, sich seinerseits an die verfassungsmäßige Ordnung bei allen seinen Handlungen zu halten, **verpflichtet das Sozialstaatsprinzip den Staat** zu sozialem Handeln. Aber um was es sich handelt, ist beim Begriff „sozial“ unklarer als beim Begriff „Recht“.²⁸ Soziales Handeln des Staates ist ein skalierbarer Begriff, es gibt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG.) grundsätzlich keine konkrete Aufgabe, die sich aus dem Sozialstaatsprinzip selbst ableiten ließe (BVerfGE 52/283 (298)). Anders als beim Recht, wo es eine mehr oder minder klare Grenze zwischen legal und illegal geben muss, hat soziales Handeln deshalb viele Übergänge

Die Bandbreite reicht von den **Extremen liberaler Politik** eines Nachtwächterstaates, über den ausgleichenden Staat bis hin zur **klassenlosen Gesellschaft**, in der der Staat jegliche Ungleichheit (theoretisch) unterbinden will. Im Diagramm ist der Weg von der staatlichen Inaktivität bis zur umfassenden totalen sozialen Gleichhaltung aller dargestellt.

Darunter stehen die Denkansätze des GG, die der jeweiligen staatlichen Haltung entgegenstehen oder sie unterstützen.

²⁸ Rechtsstaatlichkeit ist ein seit Jahrhunderten entwickeltes Prinzip staatlichen Handelns. So verwundert es nicht, dass es viele Unterfälle und ausgearbeitete Voraussetzungen gibt. Sozialstaat ist allerdings wesentlich neueren Datums. Erst in den 1920er Jahren wurde diese Denkweise vom Sozialjuristen Carlo Schmidt diskutiert. Er sorgt als Mitglied des Parlamentarischen Rates auch für die Aufnahme ins GG. Allerdings sind noch wenig gefestigte Unterprinzipien erarbeitet, so dass die direkte Anwendung schwierig ist.

(Schaubild 14: Theoretische Gestaltungsmöglichkeiten eines sozial agierenden Staates)



Von der Verpflichtung, soziale Ungleichheiten zu nivellieren bis zur Schaffung eines sozialen Systems, das ein Existenzminimum sichert, ließe sich theoretisch alles unter den Begriff „Sozialstaatlichkeit“ subsumieren.

Aber nicht alles entspräche der **Wertung des Grundgesetzes**. Das nur ansatzweise Regeln in sozialen Angelegenheiten in einem liberalen Nachtwächterstaates, der auf die freie Selbstregulation in sozialen Ungleichheiten setzt, sie sogar bewusst hinnimmt, ist wegen diverser Handlungsaufträge des GG an den Staat nicht verfassungskonform. Aber dieses Ergebnis schließt nur eine Extremhaltung zum sozialen Ausgleich durch den Staat aus. Das GG entscheidet sich für einen Mittelweg, der Ungleichheiten nicht alle ausschalten will, aber so etwas wie Mobilität zwischen den verschiedenen Lebenslagen als Ausdruck eigenen Handelns sichergestellt wissen wollte. Der Staat ist nach dem GG aufgefordert, sozial ausgleichend zu handeln, der sozial Schwache soll nicht weniger Freiheit haben als der sozial Starke (Hesselberger 1989: zu Art. 20; Stein, 1988: 243-245).

Aus dem **Grundsatzcharakter des Sozialstaatsprinzips** lassen sich demnach nicht ohne weiteres bestimmte Verhaltensverpflichtungen des Staates ableiten. Es begründet nur in Ausnahmefällen selbst einen anerkannten direkten

Handlungsanspruch gegen den Staat.²⁹ Der allgemeine Handlungsgrundsatz der Sozialstaatlichkeit hat im Vergleich zu den anderen Grundsätzen des staatlichen Handelns noch wenig rechtliche Kraft entfaltet, so dass konkretisierende Teilprinzipien nur begrenzt entwickelt wurden (Jarass 2006: Art. 20 Rz 112). Nichtsdestotrotz handelt es sich beim Sozialstaatsprinzip um unmittelbar geltendes Recht (Schnapp 2003, MüK zu Art. 20, Rz. 35; Herzog, 2005, MD VIII 6).

Anerkannt wurde bislang nur die Herleitung für den Anspruch auf Angleichung der tatsächlichen Voraussetzungen für den Erwerb von materiellen und immateriellen Gütern (BVerfGE 33,303/331). Eine weitere Differenzierung des Grundsatzes wäre hilfreich, um auf konkrete Handlungsansprüche gegen den Staat auf Schaffung eines bestimmten Niveaus sozialer Gleichheit innerhalb der Gesellschaft zu schließen. Aber daran fehlt es bislang noch.

Aus dem Sozialstaatsprinzip ergibt sich anerkannt nur die Pflicht, sozial ausgleichend zu handeln und eine **gerechte Sozialordnung** herzustellen. Auftrag des Staates ist nur für den Ausgleich sozialer Gegensätze zu sorgen (BverfGE 100, 271/284; 22, 180/204).

Gewisse soziale Unterschiede, die dem System immanent sind, bleiben toleriert. Das GG geht nicht von einer klassenlosen Gesellschaft, sondern von einer sozialen Gesellschaft aus.³⁰ Sozial kann daher nicht bedeuten, dass soziale Benachteiligung als ein Auslöser des Tabakkonsums oder gesundheitlicher Ungleichheiten gänzlich abgeschafft werden soll. Dies gäbe das Verfassungsprinzip des Sozialstaates nicht her. Das GG geht einen Mittelweg, der auf die Chancengleichheit beim Erwerb von Gütern, auf **Schaffung von Chancen und Ausgleich sozialer Härten** setzt. Während Ansprüche auf bestimmte Leistungen sich nur ausnahmsweise dem Sozialstaatsprinzip entnehmen lassen (BVerwE 82, 364/368)³¹.

Danach steht der Staat nur bei **extremen sozialen Härten** in der direkten Pflicht. Ansonsten hat er eine weite Einschätzungsprärogative, wieweit er zu Gunsten einer schutzbedürftigen Gruppe eingreifen will. Sozialstaatlichkeit nach dem GG heißt demnach vorrangig die Chancen in der Gesellschaft de jure für alle gleich zu

²⁹ Nach der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes begründet das Sozialstaatsprinzip nur Ansprüche zur Abwehr extremer sozialer Härten, wie zum Beispiel das Sichern des Existenzminimums.

³⁰ Anwendungsgebiete sind bislang das Arbeitsrecht und das Mietrecht, wo im Wettstreit der Interessen die Schwächeren geschützt werden sollen. Handlungsbeschränkungen und materielle Ansprüche sollen das Ungleichgewicht der Kräfte ausgleichen.

³¹ Im vorliegenden Fall bejaht das Bundesverwaltungsgericht das Recht auf das Existenzminimum fußend auf das Sozialstaatsprinzip.

gestalten, die Bürger agieren lassen und soziale Schutzbedürftigkeit im Spiel der unterschiedlichen Interessen auszugleichen, um extreme soziale Folgen zu verhindern (Badura 1989: 491; Stern 1984).

Aber ab welchem Grad ist die soziale Benachteiligung als systemimmanent hinzunehmen, und ab wann besteht eine besondere Schutzbedürftigkeit der sozial Benachteiligten unter den Rauchern, die den Staat verpflichtet, zu Gunsten dieser Raucher ausgleichend einzugreifen? Kann man sagen, ihre soziale und gesundheitliche Lage sind so extrem, dass der Staat sie nach dem Grundsatz des Sozialstaats wie bei der **Sicherung des Existenzminimums** abändern muss?

Konkrete Handlungsansprüche aus dem Sozialstaatsprinzip

Im Fall der sozial benachteiligten Raucher ist es aber gerade so, dass diese Personen das Existenzminimum an finanziellen Ressourcen nach dem BSHG durch den Staat erhalten. Jedenfalls das erhalten, was die Gemeinschaft als (materielles) Existenzminimum ihnen zuerkennt. Vornehmlich geht es dabei um rein physische Bedürfnisse.

Ebenso erhalten sie, wie jeder andere Bewohner des Landes auch, die (rechtliche) Möglichkeit zur „kostenfreien“ Bildung. Desgleichen steht die Gesundheitsvorsorge ihnen de jure offen.

Sie nutzen diese ihnen rechtlich offen stehenden Chancen allzu oft nur nicht. Denkbar wäre, weil sie kein Interesse daran haben, so legte es der äußere Verhaltensvorgang nahe. Bei einer effektiven Beteiligung sozial Benachteiligter an der Tabakprävention ginge es zudem nicht um die **Schaffung eines (physischen) Existenzminimums** oder Schaffung eines rechtlichen Zugangs zu Präventions- und Bildungsmaßnahmen. Dies wären die geradezu klassischen Ansprüche aus den Grundsätzen des Sozialstaatsprinzips. Die Herleitung aus dem Sozialstaatsprinzip erscheint daher schwierig.

Die soziale Benachteiligung als Ursache für die gesundheitliche Ungleichheit betrifft zwar ein vitales Interesse der Gesellschaft auf innere Stabilität. Aber solange die Ungleichheitssituation keine extremen Ausmaße annimmt, wie bei der Sicherung des Existenzminimums, ist das Sozialstaatsprinzip, das soziale Ungleichheiten bis auf extreme Lagen zulässt, nicht tangiert.

Es besteht dann lediglich ein **Anspruch auf Schaffung rechtlich gleicher Chancen**, Nichtraucher zu werden. Dem kommt die bisherige Tabakprävention aber nach,

zumindest im Wortlaut. Die Maßnahmen der Tabakprävention sind für alle gleich, nur der Effekt ist in den verschiedenen sozialen Lagen sehr unterschiedlich. Unter dem rechtlichen Aspekt besteht die gleiche Chance, die zu ergreifen vom natürlichen Willen abhängt.

Nach der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) wirkt das Sozialstaatsprinzip aber auch in nicht extremen Fällen bei den Grundrechten als Auslegungsmaßstab (Kittner, 2002: zu Artikel 20, 53). Es wird bei der Beschränkung und Förderung der betreffenden Grundrechte geprüft (Rüfner SGB 1984, 149). Erst wenn jene Grundrechte beeinträchtigt sind oder von sozialen Faktoren in ihrer Nutzung abhängig gemacht werden, besteht ein weiterer Schutzanspruch gegen die Gemeinschaft auf Abänderung der grundrechtsbeeinträchtigten Situation unter Beachtung des Sozialstaatsgrundsatzes.

Anspruchsgrundlagen sind in diesen Fällen aber die Grundrechte und nicht das Sozialstaatsprinzip selbst.

Bei der Beurteilung von Grundrechtsbeeinträchtigungen ist das **Sozialstaatsprinzip als Auslegungsmaßstab** eines Auftrag des Staates, für eine gerechtere Sozialordnung zu sorgen, dann heran zu ziehen (BVerfGE 69, 272/314; 94, 241/263). Diese Ansprüche werden nur im Rahme der Verhältnismäßigkeitsprüfung im Lichte des Sozialstaatsprinzips ausgelegt, um den konkreten Handlungsrahmen des Staates bestimmen zu können.

Sozialstaatsprinzip und Grundrechtsverletzungen durch soziale Benachteiligung

Die Fragestellung der ursachensensiblen Tabakprävention betrifft eine Lex specialis zum allgemeinen Sozialstaatsprinzip, die sich erst mit den Gewährleistungsgrundsätzen der Grundrechte beantworten lässt. Soziale Differenzierungsverbote und Differenzierungsgebote ergeben sich vornehmlich aus den grundrechtlichen Regelungen des GG.

Das Sozialstaatsprinzip hilft dann bei der **Feststellung einer konkreten Handlungspflicht** zum Schutz dieses Grundrechtes. Die Grundrechte sind die normierten speziellen Anwendungsgebiete des sozialen Handelns des Staates.

Ein direktes Vorgehen gegen die soziale Benachteiligung als Faktor der gesundheitlichen Schlechterstellung ist nach dem allgemeinen Sozialstaatsprinzip auch bei weitester Auslegung dieses allgemeinen Grundsatzes nicht zu begründen.

Zumal es spezielle Regelungen gibt, die eben diese Beeinträchtigung gesondert aufgreifen und unter bestimmten Aspekten verbieten oder erlauben.

Vielmehr kann es nur Ansprüche auf staatliches Handeln gegen die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung geben, die sich aus den Schutzpflichten gegenüber den Grundrechten herleiten ließen. Die Grundrechte bilden eine **objektive soziale Ordnung**, die die Handlungsfreiheit des Gesetzgebers gegenüber den Bürgern bestimmt (BVerfGE 7, 377/403). Gewollt ist demzufolge nur eine soziale Ausgleichsverpflichtung gegenüber Beeinträchtigungen, die in Quantität und Qualität die Grenze zur tatbestandsmäßigen Grundrechtsverletzung überschreiten. Zu mehr kann der Staat nach dem GG nicht verpflichtet werden, in dem der Weg über das allgemeine Sozialstaatsprinzip gewählt wird.

Das indirekte Vorgehen gegen die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung bei der Tabakprävention wird deshalb im nächsten Kapitel unter dem Gesichtspunkten einer Grundrechtsgewährleistung betrachtet.

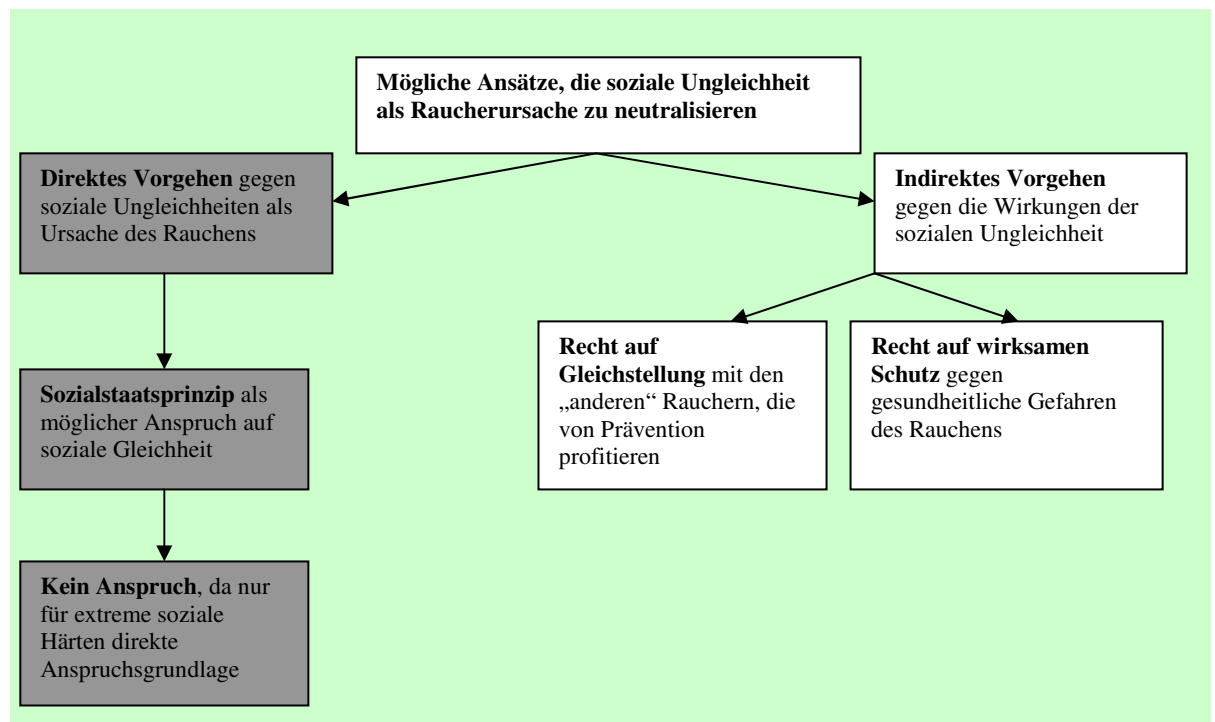
Dabei handelt es sich um die Fragestellungen des Anspruchs auf effektiven Schutz der Gesundheit und auf Ungleichbehandlung in der Tabakprävention durch ursachensensible Maßnahmen als indirektes Vorgehen gegen die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung.

3.2 Indirektes Vorgehen gegen die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung

Da ein direkter Anspruch aus dem Sozialstaatsprinzip auf Aufhebung der sozialen Benachteiligung auch bei großzügiger Auslegung des Grundsatzes nicht gegeben ist, sind mögliche indirekte Ansprüche gegen den Staat auf Anpassung der Auswirkungen der systemimmanenten sozialen Ungleichheiten von Interesse.

In der Übersicht 15 ist die Struktur dieses indirekten Vorgehens gegen die soziale Ungleichheit durch einen Anspruch auf Ausgleich der Auswirkungen der sozialen Benachteiligung dargestellt.

(Schaubild 15: Rechtliche Strategien gegen die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung aus den Grundrechten)



Denkbar sind Ansätze für ein Ausgleichen der Auswirkungen der sozialen Benachteiligung innerhalb der Tabakprävention:

Zunächst wird ein **Recht auf effektiven gesundheitlichen Schutz** durch Tabakprävention gegen die gesundheitlichen Gefahren näher betrachtet. Danach erfolgt die Frage nach der Gleichstellung mit anderen Rauchern aus nicht benachteiligten Milieus durch „andere“ Präventionsangebote für sozial Benachteiligte.

Allen rechtlichen Erwägungen gemein, ist aber der grundsätzliche, d. h. der allgemeine Charakter der rechtlichen Strategien für Berücksichtigung sozialer Benachteiligung. Es geht dabei nicht um Rechte Einzelner gegen den Staat, sondern um Ansprüche von vielen Menschen in verschiedenen sozialen Lagen, deren Tabakkonsum im kausalen Zusammenhang mit ihrer soziale Lage steht.

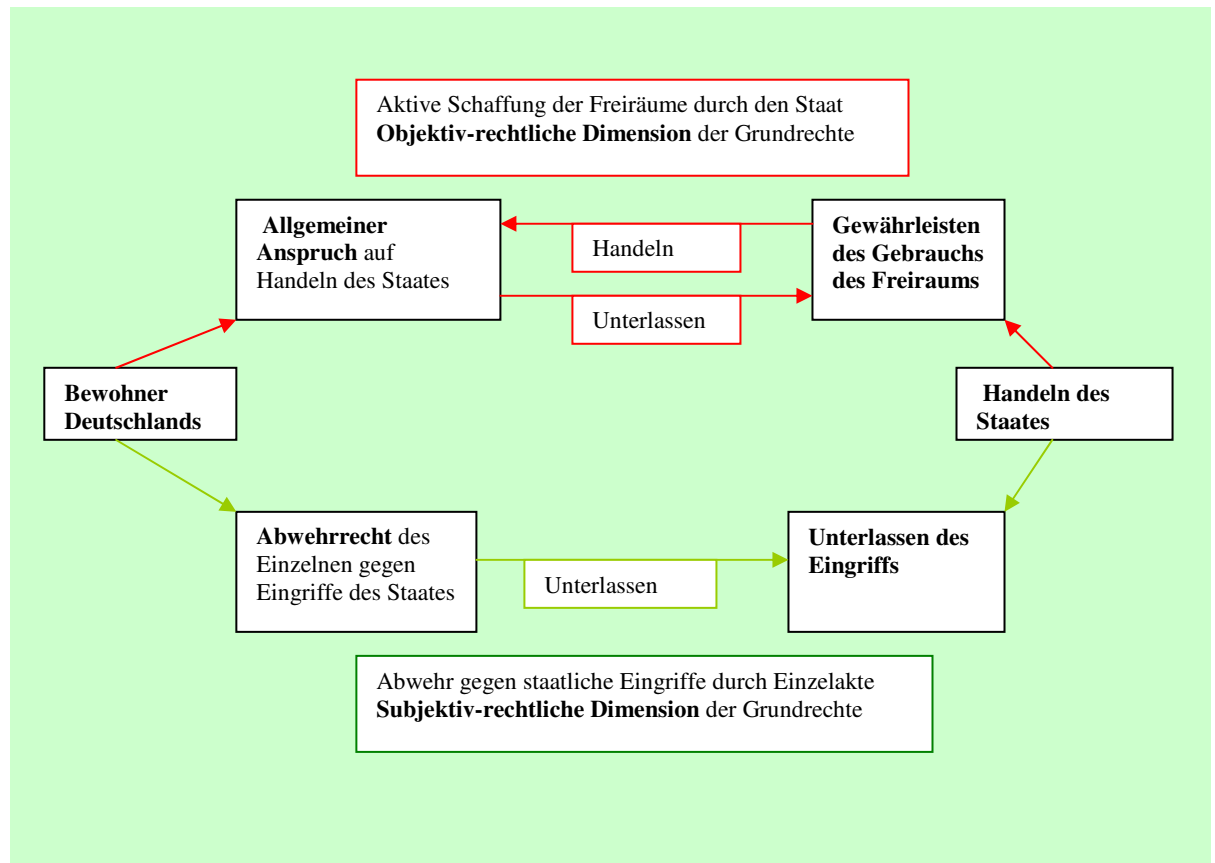
Die **Grundrechte** selbst mögliche Anspruchsgrundlagen auf staatliches Handeln, die bei der Beschränkung der Mittelauswahl durch den Staat nach sozialstaatlichen Prinzipien auszulegen sind (Jarass 2006: Vorbem. Art. 1; Rz. 3; Stern IV/1 2005)³².

³² Spezifisch soziale Grundrechte wie Recht auf Arbeit, Wohnung etc finden sich in einigen Landesverfassungen z. B in der Verfassung des Landes Hessen (siehe auch Stein 1988)

Aus diesen Abwehrrechten sollen im Anschluss rechtliche Strategien entwickelt werden, die den sozial Benachteiligten (potentiellen) Rauchern eine erfolgreiche Teilhabe an der deutschen Tabakprävention zu ermöglichen.

Die nachfolgende Skizze zeigt diese **zwei Dimensionen der Grundrechte** nach dem GG. Unten (grün) ist die klassische Funktion des Abwehrrechtes dargestellt.

(Schaubild 16: Die Funktion der Grundrechte für den Einzelnen und für den Staat)



In dieser **subjektiv – rechtlichen Dimension (grün)** gilt der Anspruch dem Ziel, dem einzelnen Bürger ein bestimmtes Verhalten zu ermöglichen. Dieses Verhalten kann in einem Tun, z. B. Tabakrauchen, oder einem Nichttun, z.B. Nichtrauchen, liegen, das vom Staat zu schützen ist. Der Bürger hat gegen den Staat das Recht, dieses Verhalten und dessen Schutz auch gerichtlich durchzusetzen. Der Staat hat umgekehrt die Pflicht, Voraussetzungen zu schaffen, dass dieses Verhalten faktisch ausgeübt oder unterlassen werden kann. Tabakrauchen stände als Allgemeine Handlungsfreiheit unter Schutz des Staates nach Artikel 2 I GG (Di Fabio, 2005: MD 51).

Grundrechte sind von ihrer Genese her aus diesen reinen Abwehrrechten hervorgegangen, die aber im modernen Rechts- und Sozialstaat auch andere

Funktionen haben können, als nur staatliche Eingriffe in Freiräume zu verhindern, die nicht gerechtfertigt sind (Epping, 2005: 5-7).

Deshalb sind im unteren Bereich des Diagramms **(rot)** die anderen Funktionen der Grundrechte verdeutlicht, die sich auf das **Gewährleisten dieser geschützten Freiheiten** beziehen. Der Staat muss mehr tun als Eingriffe unterlassen. Sie regeln das allgemeine Verhältnis von Bürgern zum Staat und können konkrete Ansprüche auf ein bestimmtes staatliches (Schutz)-Verhalten normieren.

In dieser objektiv rechtlichen Funktion sind die Grundrechte Aufträge an den Staat, aktiv zu deren Schutz tätig zu werden (Dietlein, 1992). Und auf diese Gewährleistungsfunktion der Grundrechte fußt die Annahme eines Anspruches sozial benachteiligter Raucher.

Der **objektiv – rechtliche Aspekt der Grundrechte (rot)** bindet nach Artikel 1 III GG alle staatliche Gewalt, etwas zu tun oder zu unterlassen. Er richtet sich an alle staatlichen Gewalten der Legislative, Judikative und Exekutive als unmittelbar geltendes Recht (Jarass, 2006: Vorb. zu Art. 1, Rz. 3f; Strarck, 2005: zu Art. 1 Rz. 194).

Bei der Entscheidung, Raucher zu werden und zu bleiben, handelt es sich, wie die sozialen Ursachen des Rauchens zeigen, nicht um eine rein freie Entscheidung des Einzelnen, die losgelöst vom sozialen Umfeld zu betrachten ist (Henkel, 2000). Sonst gäbe es keine soziale Polarisierung bei der Verteilung der Raucher in der Bevölkerung in Anbetracht der für alle gleich gearteten Tabakprävention.

Gerade diese soziale Komponente der Entscheidung, könnte Handlungsräume und Handlungspflichten für den Gesetzgeber eröffnen, etwas zu tun oder zu unterlassen. Wenn es möglich ist, eine Norm durch Handeln zu verletzen, dann ist es auch möglich, sie durch **pfllichtwidriges Unterlassen** zu beeinträchtigen. Gemeint ist die Missachtung einer Schutzpflicht, die man hätte wahrnehmen müssen.

Ein Unterlassen der Berücksichtigung der sozialen Benachteiligten bei der Tabakpräventionspolitik durch alleiniges Abstellen auf die Eigenverantwortlichkeit bei Rauchern ist dann möglicherweise eine solche Verletzung der Grundrechtsgewährleistung auf körperliche Unversehrtheit für alle. Eine gesellschaftliche Verantwortung für die milieuangepasste Entscheidung, Raucher zu werden, findet zurzeit keine Entsprechung in den tabakpräventiven Entscheidungen und verhältnispräventiven Maßnahmen, die großenteils auf das Beeinflussen des Angebotes beschränkt bleiben (Hüllinghorst 2000; BZgA 2002;)

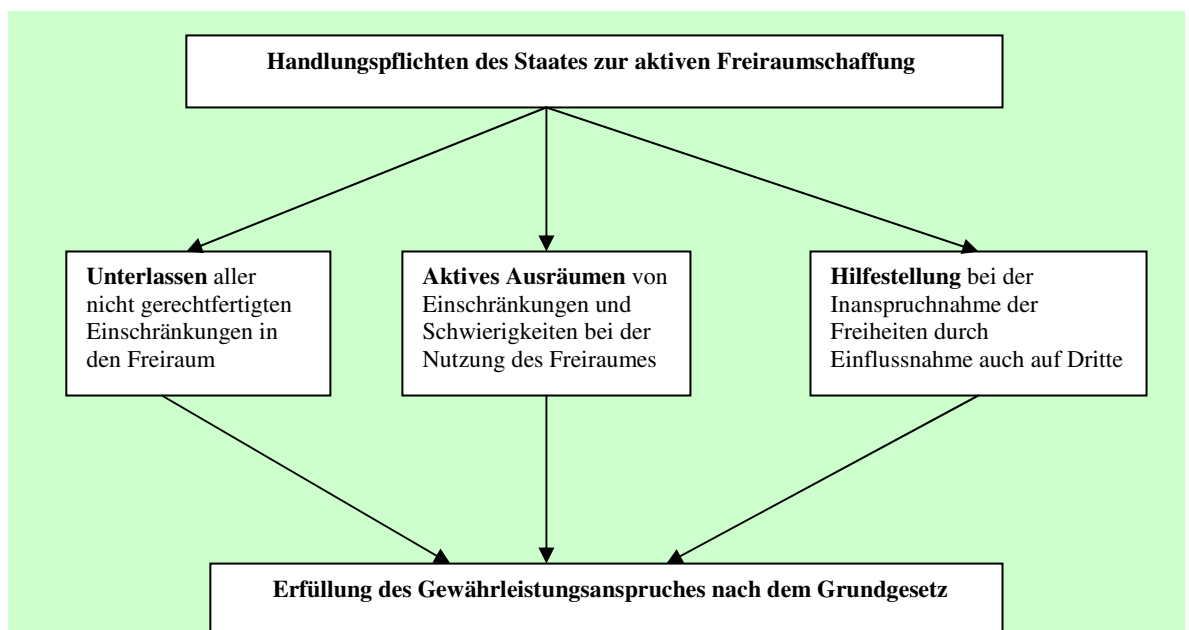
Ein **Grundrechtsgewährleistungsanspruch** fordert hingegen aktives Handeln des Staates, um Hindernisse auszuräumen, die einen Gebrauch dieser grundrechtlichen Freiheit behindern.

Vorliegend ist es das rauchfreie Leben, dem Einflüsse aus dem sozialen Umfeld verhindernd gegenüber stehen. Dieses Hindernis, das zwischen dem Raucher und dem gesünderen Leben steht, müsste unter Umständen aktiv angegangen werden, um diesen Garantieraum des Artikel 2 II GG für die Betroffenen zu schaffen.

Grundrechte dürfen in ihrem Gebrauch nicht von sozialen Faktoren abhängig gemacht werden. Denn sie gelten sie für alle gleichermaßen, sofern man zum berechtigten Personenkreis zählt. Das sind bei den Grundrechten nach Artikel 2 und 3 GG alle Menschen im Geltungsbereich des GG.

Die Übersicht 17 fasst diese möglichen Aspekte einer Erfüllung der Grundrechtsgewährleistung nochmals graphisch zusammen.

(Schaubild 17: Staatliche Handlungspflichten zur grundgesetzlichen Freiraumgewährleistung)



Diese Freiräume sind so effektiv zu gestalten, dass die Träger der Grundrechte von ihren garantierten Rechten überhaupt Gebrauch machen können.

Bezogen auf die sozial Benachteiligten unter den Rauchern bzw. vom Tabakkonsum Gefährdeten hieße dies weiter:

Im vorliegenden Fall der sozial Benachteiligten Rauchern und Rauchgefährdeten könnte ein solches Hindernis, das den Staat zum Handeln verpflichtet, die

vornehmliche Verhaltensprävention sein, die die Ursachen und die Funktion des Rauchens nicht berücksichtigt.

Sozial Benachteiligte sind durch ihre Lebensumstände auf die Kompetenz „Rauchen“ eher konditioniert. Durch bloße Umentscheidung zum Nichtrauchen, die durch die Prävention wie bei anderen angeregt werden soll, bliebe immer noch der Verursachungszusammenhang zwischen sozialer Lage und der Funktion des Rauchens im Alltag, der in der staatlichen Gewährleistung keine Entsprechung findet. Die risikobejahende und passivere Gesundheitsgestaltung ergibt sich bereits aus ihren Lebensverhältnissen (Henkel, 2000; Neuberger, 1997; Kieselbach et al. 1998)

Der durch soziale Benachteiligung, die in der **Verantwortungssphäre des Staates** zu suchen sein könnte, wird der Betroffene zum dauerhaften Rauchen als Lebensbewältigungskompetenz determiniert.

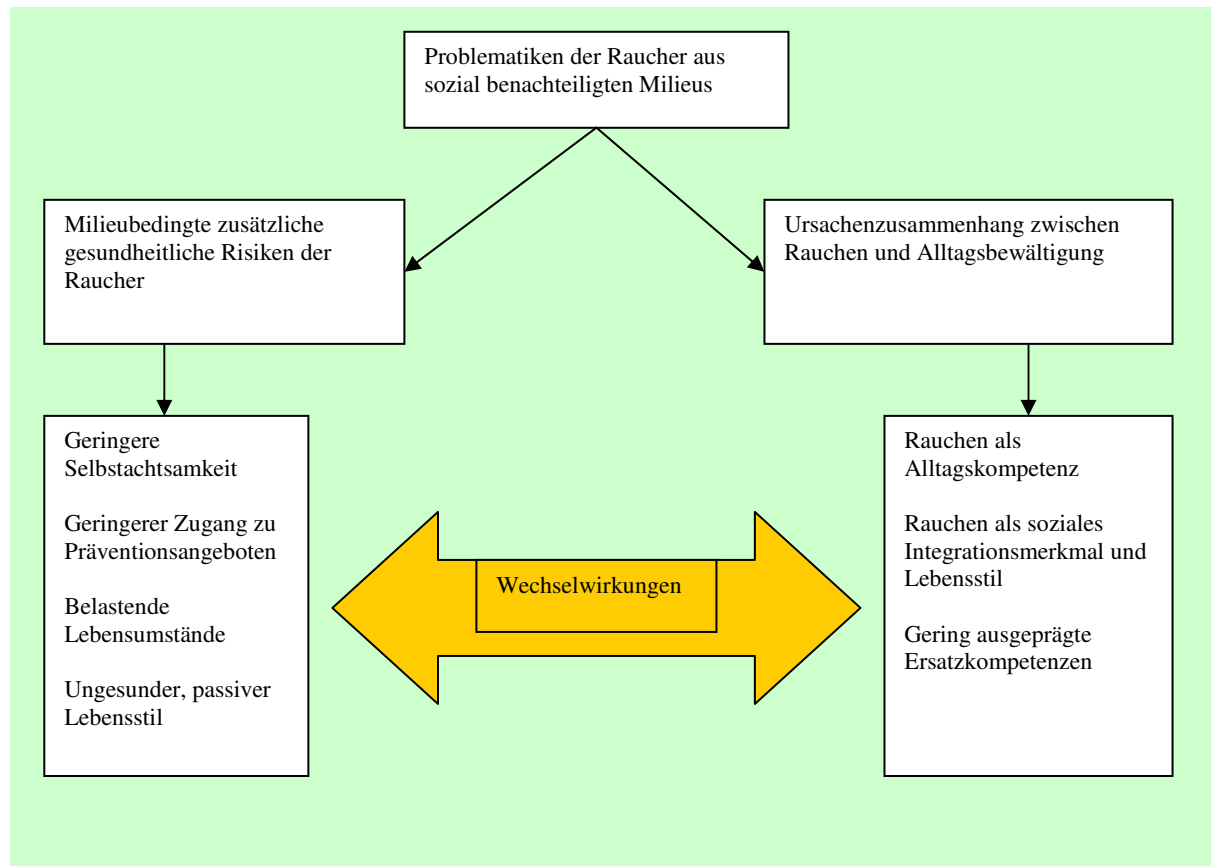
Nähme der Staat soziale Benachteiligung als Auslöser und Grund für das schlechtere Gesundheitsverhalten und Raucheraffinität wahr, und bezöge er sie im Rahmen verhältnispräventiver bzw. gesundheitsfördernder Strategien in eine ursachensensible Tabakpräventionspolitik ein, so könnten sozial Benachteiligte ihre körperliche Unversehrtheit in gleicher Masse durch Nichtrauchen oder Nierauchen erhalten, wie Menschen aus anderen Milieus.

Erst unter diesen Prämissen gäbe es eine Entsprechung zwischen der staatlichen Intervention und dem **Verursachungszusammenhang des Rauchens**. Dann wäre der garantierte Schutzbereich auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 II GG auch für sozial Benachteiligte faktisch nutzbar.

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialer Benachteiligung, dessen Berücksichtigung die Lücke in den Präventionsmaßnahmen schließen würde, umfasst sowohl die Lebensumstände als auch deren Auswirkungen.

Nachfolgend ist dieser Ursachenzusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Rauchen als Alltagsbewältigung in einem Pfeildiagramm nochmals zur Verdeutlichung zusammengefasst.

(Schaubild 18: Tatsächliche Problematiken der Raucher aus sozial benachteiligten Milieus)



Die verursachenden Faktoren, wie sie im Diagramm aufgezeigt werden, werden durch einen willentlichen Entschluss, sich vom Rauchen zu distanzieren, eben nicht außer Kraft gesetzt.

Sie bleiben wirksam, auch wenn der Raucher sich zum Nichtrauchen entscheiden sollte, arbeiten sein milieugeeignetes Kompetenzgerüst im Alltag und sein gesamtes soziales Umfeld gegen ihn.

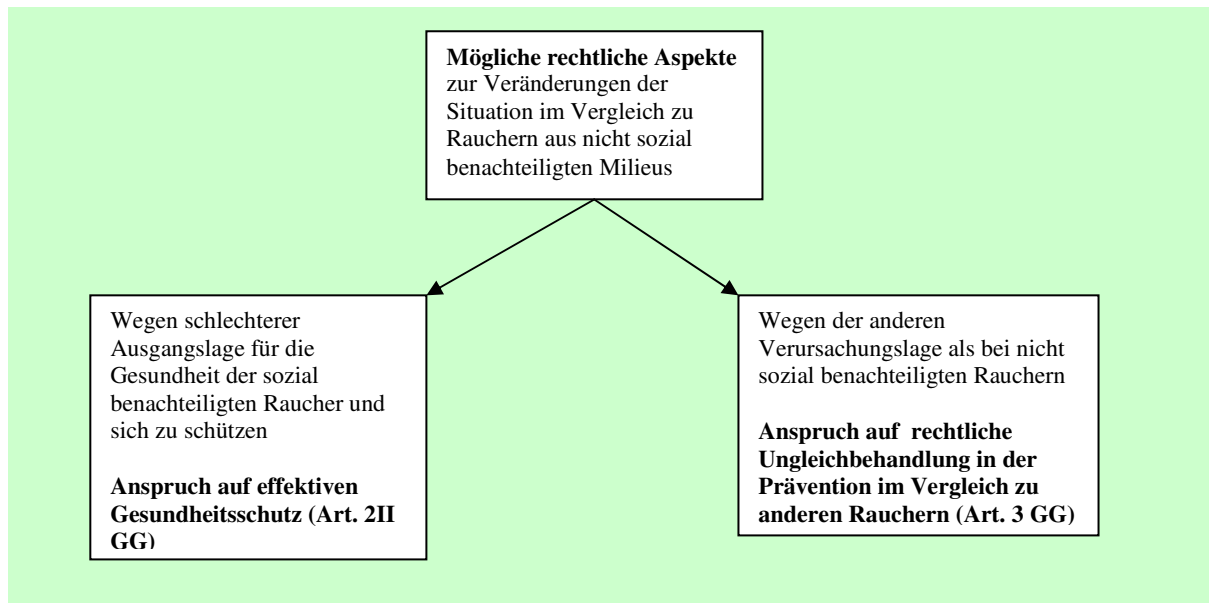
Konkret in Betracht kommende Grundrechte sozial benachteiligter Raucher

Als mögliche Grundrechte erscheinen Artikel 2 II GG, das **Recht auf körperliche Unversehrtheit**, und das **Differenzierungsgebot** des Artikel 3 II, III GG prüfenswerte Ansätze für einen Anspruch sozial benachteiligter Raucher auf ursachensensible Prävention, die die Auswirkungen des sozialen Milieus, wie sie im Diagramm zuvor zusammengefasst sind, aufgreift und neutralisiert.

In der Übersicht 19 sind diese verschiedenen Argumentationspunkte nach den Grundrechten gegenübergestellt, die die sozial Benachteiligten unter den Rauchern bei der Effektivität der Prävention mit Rauchern aus anderen Milieus in der

Effektivität der Prävention gleichstellen könnten. Sie bilden die Argumentationsaspekte, aus denen heraus eine Verpflichtung des Staates auf Abhilfe hergeleitet werden sollen.

(Schaubild 19: Argumente für grundgesetzliche Strategien)



Sowohl aus den Freiheitsrechten als auch aus den Gleichheitsrechten gäbe es demnach je einen Ansatz zu Gunsten der sozial Benachteiligten mit den Rauchern aus anderen sozialen Milieus gleichzuziehen.

Freiheitsrechte, effektiver Schutz vor den Gefahren des Rauchens

Wegen der sozialen Polarisierung des Rauchens wäre zunächst an das **Recht auf körperliche Unversehrtheit** des einzelnen Rauchers aus Artikel 2 II GG zu denken.

Aus dem Bereich der Freiheitsrechte ergäbe sich ggf. der Anspruch auf effektiven Schutz vor den Gefahren des Tabakkonsums.

Nur, dass es sich nicht um Nichtraucher handelt, die passiv rauchen. Sondern um Raucher, die infolge ihrer Entscheidung, sich diesen Gefahren aussetzen, ohne von Antiraucherkonzepten zu profitieren. Dieses Hindernis aus dem sozialen Umfeld, das zwischen den Betroffenen und dem Nichtrauchen steht, beschränkt durch den Effekt der geringeren Präventionsnutznutzung die garantierte Freiheit auf körperliche Unversehrtheit aus Artikel 2 II GG.

Es handelt sich in der Zielsetzung um einen Beseitigungsanspruch gegen den Umstand, dass durch die Nichtberücksichtigung der sozialen Ungleichheit sozial

Benachteiligte von den Folgen des Zigarettenrauchens weitaus mehr betroffen werden als Menschen aus anderen gesellschaftlichen Kontexten.

Gleichstellung mit den erfolgreichen Nichtraucherern anderer Milieus

Ein weiteres, unter der Prämisse der **Gleichstellung mit Rauchern aus nicht sozial benachteiligten Milieus**, zu prüfendes Recht wäre der Gleichbehandlungsgrundsatz aus Artikel 3 des GG. Unter diesem Aspekt könnte sich einerseits die Diskriminierung aus der sozialen Ungleichbehandlung selbst als Anspruchsbegründung ergeben. Oder aber andererseits erscheint eine Verletzung durch die **undifferenzierte Gleichbehandlung** bei der Tabakprävention als Begründung möglich.

Gegen die Vorschrift verstößt, wer Ungleiches gleich und Gleiches ungleich behandelt. Eine Frage wird dabei aber zu klären sein. Ob die soziale Ungleichheit ein Differenzierungskriterium darstellt, das zur Ungleichbehandlung in der Tabakpräventionspolitik sozial Benachteiligter im Vergleich zu allen anderen berechtigt?

Bevor die Gleichbehandlungsrechte allerdings geprüft werden, erfolgt die Anspruchsprüfung aus dem Freiheitsrecht des Artikels 2 II GG, dem allgemeinen Anspruch gegen den Staat, die körperliche Unversehrtheit der sozial benachteiligten Raucher zu schützen.

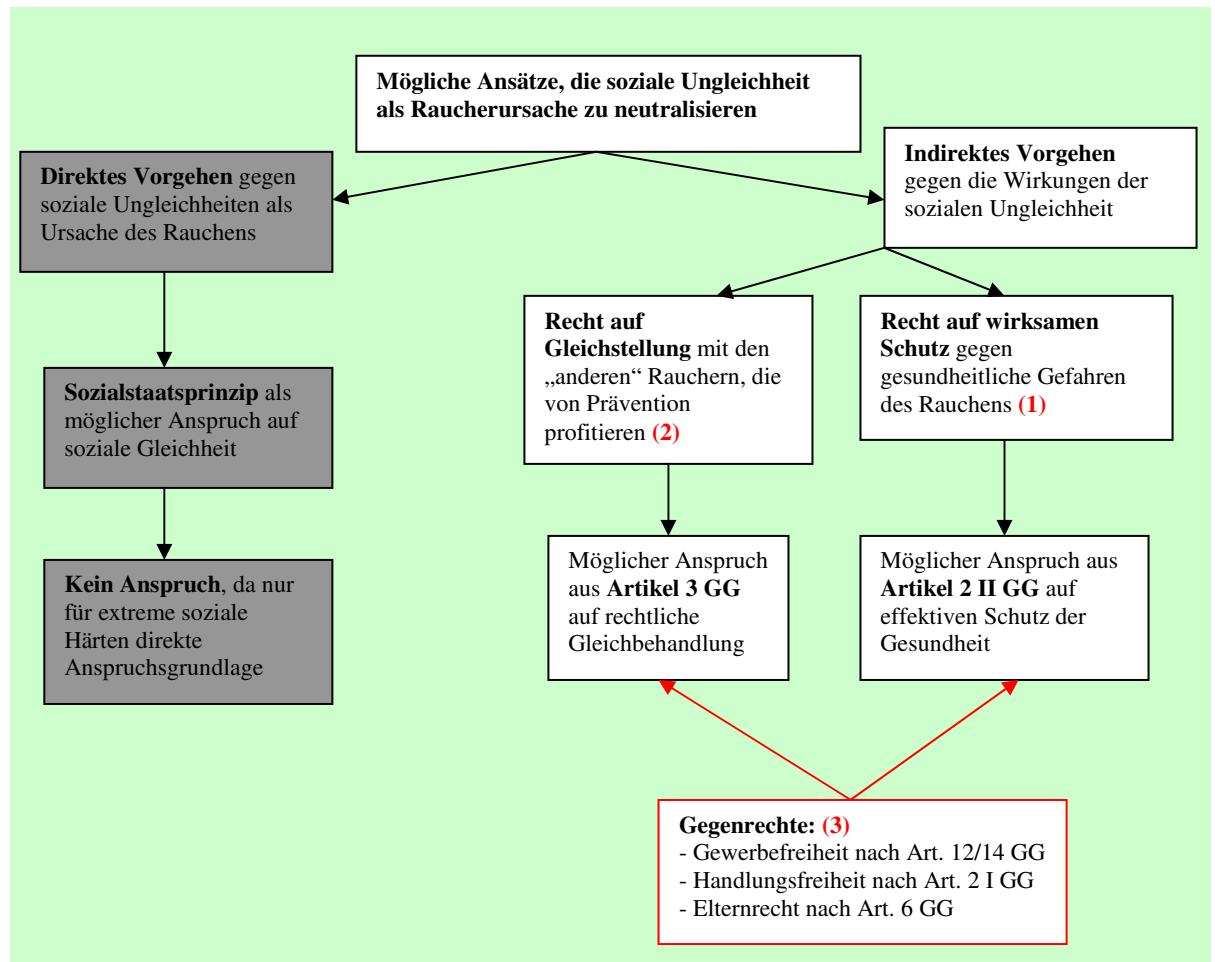
Vorgehensweise zu den möglichen Strategien aus den Grundrechten

Aus Konkurrenzgründen beginne ich mit der Überprüfung eines Rechtes auf Schutz der körperlichen Unversehrtheit aus Artikel 2 II GG (1). Erst im Anschluss erfolgen die Ansprüche aus Artikel 3 IGG auf ursachenbezogene Behandlung innerhalb der Tabakprävention (2).

Dabei wird problematisch zu erörtern sein, dass Raucher sich selbst schädigen, indem sie zur Zigarette greifen. Das könnte möglicherweise rechtlich als Verzicht auf den Schutz des Staates für die körperliche Unversehrtheit zu werten sein.

Fraglich bleibt in dieser Hinsicht auch, ob die Determinierung durch die Lebensumstände in der sozialen Benachteiligung für eine Zurechnung in die Verantwortung des Staates ausreicht.

(Schaubild 20: Rechtliche Struktur und Tatbestandsmerkmale der grundrechtlichen Strategien)



Innerhalb der Prüfung des Anspruches aus dem Gleichbehandlungsbehandlungsgrundsatz wird es darauf ankommen, wie die soziale **Ungleichheit als Differenzierungskriterium** in der Gruppe der Raucher rechtlich zu sehen sein wird. Sind die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus wirklich ungleich zu den Rauchern aus anderen Milieus? Und wenn dies so sein sollte, bleibt die Frage nach einer bestehenden **Rechtfertigung für die Gleichbehandlung** aller Raucher, die sich anschließt.

Innerhalb der beiden Anspruchsprüfungen muss die zu fordernde Handlung des Staates konkretisiert werden. Schließlich steht dem Staat stets ein **Ermessensspielraum** zu, der mehrere Alternativen der Reaktion offen hält. Unter Umständen käme es dadurch nicht zu einer Festlegung auf das gewünschte Verhalten der Gesellschaft.

Beide Ansprüche betrifft das Kapitel mit gegenläufigen Rechten (3), die im Diagramm rot unterlegt sind. Eine Reaktion des Staates zu Gunsten der sozial

benachteiligten Raucher kann **Abwehrrechte (anderer) Grundrechtsträger** auslösen. Womöglich besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Handlung, aber gewisse Handlungsoptionen sind nicht zulässig, weil sie gegen beachtliche Interessen anderer verstoßen. Denkbar wären hier die Rechte der von Tabakherstellung und Tabakvertrieb lebenden Personen, die Einbußen hinnehmen müssten. Ebenso wäre auch denkbar, dass die Raucher, und zwar die sozial benachteiligten Raucher, ein Gegenrecht aus Artikel 2 IGG, der allgemeinen Handlungsfreiheit, haben.

Schließlich wird zur positiven Beeinflussung der Kompetenzentwicklung und zur Verbesserung der Milieugestaltung in die Rechtssphäre von Eltern und Erziehungsberechtigten interveniert werden müssen. Dies könnte zum Konflikt mit Artikel 6 GG führen, der den Eltern ein Erziehungsprimat zuweist.

Den spezielleren Grundrechten des Artikel 2 II GG und Artikel 3 GG ist die allgemeine Handlungsfreiheit aus Artikel 2 I GG nachrangig (BVerfGE 6, 32/37; Erichsen, 1989: HbStR 1196). Erst bei Verneinung eines Anspruches aus den spezielleren Grundrechten wegen Verletzung der Schutzpflicht zu Gunsten der sozial Benachteiligten käme eine Prüfung der allgemeinen Handlungsfreiheit zu Gunsten sozial Benachteiligter zum Tragen.³³

3.3 Recht auf effektiven Schutz der Gesundheit

Wenn der Staat nicht zum Ausgleich aller sozialen Ungleichheiten verpflichtet werden kann, so könnte er doch als **indirekten Anspruch auf sozialen Ausgleich** nach den Grundrechten verpflichtet sein, die Folgen der sozialen Benachteiligung abzumildern.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus einen Anspruch auf effektiven Gesundheitsschutz gegen den

³³ Frage müsste dann sein, inwieweit die Nichtberücksichtigung der sozialen Ungleichheit das Recht auf allgemeine Handlungsfreiheit beeinträchtigt. Zu denken wäre an die Freiheit, mit dem Rauchen auf zu hören. Wenn dem einen diese Möglichkeit eingeräumt wird, so müsste auch der andere die Möglichkeit erhalten. Die Versagung der Partizipation an den Erfolgen der Tabakprävention könnte die Verletzung darstellen. Allerdings könnte die Wertung kaum anders ausfallen, als bei den spezielleren Grundrechten aus Art. 2II und Art. 3 GG. Wenn diese einschlägig wäre auch die Verletzung der allgemeinen Handlungsfreiheit aus Art. 2I GG zu bejahen. Fällt die Prüfung negativ aus, könnte die Prüfung noch nachgeschoben werden. Obwohl die gleichen Beweggründe auch zur Verneinung eines Rechtes aus Art. 2I GG führte. Hauptanwendungsgebiet sind die Fallgruppen wie das allgemeine Persönlichkeitsrecht, die vom Art. 2 IGG abgeleitet werden

Staat haben, der sie den Raucher aus anderen sozialen Milieus angleicht, die von den Präventionsangeboten des Staates profitieren.

Sie schädigen ihre Gesundheit durch den Tabakkonsum. Schäden an der Gesundheit, die vermeidbar sind, so zeigen die Entwicklungen in sozial nicht benachteiligten Milieus. Nun spricht Artikel 2II nicht vom Schutz der Gesundheit. Gesundheit als schützenswertes Rechtsgut ist in den Grundrechten nicht einmal erwähnt.

Ausgehend vom Wortlaut des Artikels 2II GG ist der Staat zur Gewährleistung der körperlichen Unversehrtheit verpflichtet. Die **körperliche Unversehrtheit** soll vor allen Einwirkungen bewahrt werden, die die menschliche Gesundheit im biologisch-physiologischen Sinne beeinträchtigen (BVerfGE 56, 54/74). Zur effektiven Abwehr vor Eingriffen in die physiologischen Abläufe des menschlichen Körpers wird der Schutzbereich auf die **Abwesenheit von Krankheitszuständen** physischer und psychischer Natur erweitert (Epping 2005: zu Art. 2, Rz. 87f; Di Fabio, 2005: MD 56). Damit wird vor allem die körperliche Integrität geschützt, auch wenn der Eingriff zu keinem Schmerzempfinden führt (Di Fabio, 2005: MD 56).

Rauchen schädigt auf mannigfaltige Weise die menschliche Gesundheit. Letztlich führt Rauchen auch bei jenen, die (noch) nicht an einer schweren Folgeerkrankung leiden, zu schweren Schäden am Herz-Kreislaufsystem und an den Lungen. Diese sind allein durch das Inhalieren des Tabakrauches in ihrer Funktion beeinträchtigt. Schmerzen sind für die Bejahung einer Beeinträchtigung des Schutzbereiches der körperlichen Unversehrtheit ja nicht erforderlich. Jede Störung der biologisch-physiologischen Abläufe, die sich nachteilig für die menschliche Gesundheit auswirkt, reicht aus, den Schutzbereich der körperlichen Unversehrtheit zu eröffnen (Murswiek, 2003: SA 163).

Aus diesem Grunde ist der Schutzbereich der Norm nicht erst dann tangiert, wenn schwere körperliche Ausfälle durch das Rauchen hervorgerufen wurden, sondern der schädigende Einfluss, der sich bereits mit jeder Zigarette auswirkt, beeinträchtigt **die körperliche Integrität des Menschen**.

Integrität bedeutet auch, dass die Wirkung nicht unbegrenzt anhalten muss. Der Risikoaspekt der Norm des Artikels 2 GG wird darin deutlich. Nicht der Schutz vor der Krankheit selbst ist geschützt, vielmehr auch das **Aussetzen eines Risikos** zu erkranken, umfasst bereits den Schutzbereich der körperlichen Unversehrtheit (BVerfGE 51, 324/346f; 66, 39/58). Diese körperliche Gesundheit in ihrer integrativen Normalparametern zu erhalten, ist Schutzzweck des Artikel 2II GG.

Der Schutzbereich ist daher allein schon durch das Rauchen der sozial Benachteiligten, die von den Tabakpräventionskonzepten des Staates nicht partizipieren, tangiert. Und das nicht erst durch die Krankheiten, die ihnen daraus erwachsen.

Bedingt durch die negativen Beeinflussungen der physiologischen Abläufe im menschlichen Organismus durch das Zigarettenrauchen, stellt schon das Rauchen an sich eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit dar.³⁴

Der Schutzbereich umfasst den kranken Raucher, den süchtigen Raucher, den Raucher und den beginnenden Raucher, der sich bereits schädigt. Ebenso geschützt werden muss vor der Gefahr, mit dem Rauchen zu beginnen.

Diese Auslegung entspricht dem Sinn einer Schutzpflicht des Staates, sie soll gerade einen **präventiven Charakter** gegen Beeinträchtigungen haben. Sie soll im Idealfall aktiv vor Risiken schützen, bevor Verletzungen des Schutzbereiches sich manifestieren können (Epping, 2005: 37f). Andernfalls könnte man bis zum Eintreten der Beeinträchtigung, hier Lungenkrebs oder Herzinfarkt, warten, um dann direkt aus dem Grundrecht selbst vor zu gehen.

Präventiv bei staatlichen Schutzpflichten bedeutet demnach, dass die Schutzpflicht schon dann als Handlungspflicht zu Gunsten des Grundrechtes eintritt, wenn die Gefahr, ginge sie als Verhalten vom Staat selbst aus, eine Handlungspflicht begründete (Epping, 2005: 38- 40).

Allein vom Risiko her betrachtet, erfordern die mangelnde Partizipation an der Tabakprävention und damit der Verbleib unter den erheblichen Risiken, die sich nur schon durch das Rauchen selbst ergeben, eine präventive Schutzpflicht des Staates.

Aber es fragt sich aber, ob **ein selbst zu geführtes Risiko**, wie das Rauchen bei den sozial Benachteiligten, überhaupt ein Risiko im Sinne des Artikels 2 II GG darstellt, gegen das der Staat zu schützen verpflichtet werden kann.

Das Risiko und damit der Schaden werden durch willentliches Verhalten des Betroffenen erst geschaffen. Dadurch unterscheiden sich z.B. Passivraucher und aktive Raucher. Dieses willentliche Verhalten der Raucher könnte dem Schutzbereich des Artikels 2 GG deshalb nicht unterfallen, weil die Verursachungskette für die körperliche Beeinträchtigung aus Sicht des Rauchers

³⁴ Ein Umstand, der bislang nur im Zusammenhang mit passivrauchenden Nichtraucherern erörtert wurde. Aber wenn der Schutzbereich schon bei den geringeren Mengen des Passivrauchens tangiert ist, dann kann daran bei den weitaus größeren Belastungsmengen infolge des Aktivrauchens mit noch weitreichenderen Schäden kein Zweifel bestehen.

nicht von außen auf ihn einwirkt, sondern von innen durch seinen eigenen Entschluss entsteht.

Staatlicher Schutz vor selbstschädigenden Verhalten?

Sozial Benachteiligte unter den Rauchern rauchen aus unterschiedlichen Gründen. Vom äußeren Hergang betrachtet, stellt sich das Rauchen als eigene Entscheidung für das damit verbundene Risiko dar. In der Betrachtung des äußeren Herganges unterscheiden sie sich nicht von Rauchern aus anderen sozialen Milieus.

Dennoch unterschiedlich sind sie in der Determinierung zu dieser Entscheidung (innerer Hergang). In der Alltagsbewältigung nimmt Rauchen einen anderen Stellenwert ein als bei Rauchern aus sozial nicht benachteiligten Milieus, es macht die psychosoziale Lage subjektiv erträglicher (Klocke & Hurrelmann 1998). Deshalb ist das Aufgeben des Rauchens für sie mit anderen Einbußen und „Löchern“ im Alltag verbunden. Ein Grund für diese Entwicklung liegt zum einen in der größeren „Therapieresistenz“ der Raucher aus sozial benachteiligten Milieus. Sie sind auf ihre Kompetenz „Rauchen“ mehr angewiesen als andere, weil sie weniger gesundheitsneutrale Ausweichkompetenzen haben.

Zum anderen scheitern die etablierten Konzepte an den Auswirkungen der sozialen Benachteiligung in Bezug auf Selbstachtsamkeit, Gesundheitsmotivation und Lebensumstände oder die Konzepte stellen selbst das Hindernis dar (Tobias & Boettner, 1992; Kieselbach 1996; Mielck & Helmert, 1994, Klink, 1993).

Die Entscheidung zum Tabakkonsum erscheint aus diesen Gründen nicht als eine reine Willensentscheidung. Vielmehr wird diese **Entscheidung zum Konsum** durch soziale Komponenten im Umfeld gehemmt oder eben gefördert (Hurrelmann & Bründel, 1997; Bäuerle, 1996). Und um gerade diesen gesellschaftlichen Anteil, der hinter dem Verhalten wirkt, geht es hier.

Wenn die Gesellschaft durch ihre sozialen Ungleichheitsstrukturen Menschen dazu bringt, Rauchen als Kompetenz in ihrer Lebensbewältigung aufzunehmen, ist sie dann nicht auch verpflichtet, in ihrer Tabakpräventionspolitik diesem Umstand Rechnung zu tragen?

Allein das willentliche Handeln des Rauchers, zumal es gemäß der Determinierung durch das gesellschaftlich geduldete Milieu abläuft, kann dieses daraus erwachsende Risiko nicht allein von einer staatlichen Schutzpflicht ausschließen.

Beispiele dafür gibt es bereits, in denen der Staat auch gegen das willentlich gesetzte Risiko der Rechtsinhaber schützend vorging. Die Helmpflicht für Zweiradfahrer schützte in erster Linie das körperliche Wohl bzw. das Leben des Fahrers. Seine Entscheidung, sich selbst zu gefährden, wurde vom Staat auch nicht hingenommen. Stattdessen wurde er per Gesetz effektiv vor eigenem Risikoverhalten geschützt.

Das eigene **willentliche Risikoverhalten der Raucher** schließt daher die Einbeziehung in den Schutzbereich des Artikels 2II GG nicht grundsätzlich aus³⁵.

Nach diesen Voraussetzungen ist Rauchen an sich eine Beeinträchtigung des Schutzbereiches des Art. 2II GG, auch wenn das Risiko, gegen das vorgegangen werden soll, willentlich als Selbstgefährdung gesetzt wurde.

Willentliches Verhalten des Berechtigten allein, schließt einen Schutzanspruch noch nicht aus. Aber gegenüber einer Schutzpflicht aus einem Grundrecht kann im Falle einer Selbstschädigung die Frage gestellt werden, ob u. U. ein rechtlich relevanter **Grundrechtsverzicht durch freiwillige Selbstschädigung** vorliegt.

Auf die Geltendmachung der Rechte aus den Grundrechten kann in bestimmtem Maß durch die Berechtigten verzichtet werden.

Dieser Verzicht kann ausdrücklich, aber auch, wie vorliegend bei den sozial Benachteiligten unter den Rauchern, durch konkludentes Handeln erfolgen. Die willentliche Entscheidung der Raucher, sich zu gefährden, könnte zu einem Ausschluss des Schutzanspruches gegenüber dem Staat führen. Voraussetzung ist eine **freie Entscheidung für die Gefährdung** durch das Rauchen. Das hängt entscheidend davon ab, wie die soziale Determinierung zum Tabakkonsum durch die soziale Herkunft rechtlich zu bewerten sein wird.

Weiteres Prüfschema eines Schutzanspruches nach Artikel 2II GG.

Wurde diese willentliche Entscheidung zum Tabakkonsum unter rechtlich erheblich unbeeinflusster Entschließungsfreiheit getroffen oder nicht?

Im letzten Fall, der total frei gewählten Entscheidung des sozial benachteiligten Rauchers, käme es zu keinem Anspruch gegen den Staat auf effektiven Schutz der körperlichen Gesundheit.

³⁵ Allerdings ist die Bejahung einer Schutzpflicht streitig. Während die einen nur ein Schutzrecht des Staates auf Einschränkung des Verhaltens, das durch Artikel 2 I GG geschützt ist annehmen, sieht die gegenteilige Ansicht hierin ein Schutzrecht, wenn ein die freie Entscheidung nicht ausschließender Zustand nicht vorliegt (Epping, 2005 37f; di Fabio 2005, MD 51; a. A. Lorenz, 1989 HbStR VI 3538)

Mit der Bejahung einer Schutzpflicht ist noch nicht festgelegt, wie der Staat diese Pflicht erfüllen will. Diese **Einschätzungsprärogative** gibt dem Staat einen **Handlungsspielraum**, wie er den Schutzanspruch gegenüber dem Grundrecht der sozial benachteiligten Raucher wahrnehmen will.

Vielleicht reicht es im vorliegenden Sachverhalt ja aus, zur Erfüllung der Schutzpflicht aus Artikel 2 GG sich lediglich auf verhaltenspräventive Maßnahmen, die für alle gleich sind, zu beschränken. Vorausgesetzt, der Staat verstößt damit nicht gegen das **Untermaßverbot**. Dieses Untermaßverbot schließt Maßnahmen aus, die hinter dem effektiven Schutz des Grundrechtes vor dieser Gefahr zurückbleiben.

Das Sozialstaatsprinzip wiederum verpflichtet den Staat, aktiv zu handeln, um gleiche Lebensumstände zu schaffen. Und damit schränkt dieser Grundsatz die Einschätzungsprärogative und die Handlungsspielräume des Staates wieder ein.

Erst nach **kumulativer Bejahung aller Tatbestandsmerkmale**, unter die die Nichtberücksichtigung der sozialen Benachteiligung in der Tabakprävention subsumiert werden muss, kann das Vorliegen eines Schutzanspruches aus dem Artikel 2 II GG endgültig bejaht werden.

Im folgenden Kapitel werde ich zunächst die zwingende Möglichkeit eines Grundrechtsverzichts untersuchen, bevor der Frage nach dem konkreten Inhalt des Anspruches zu Gunsten der sozial Benachteiligten auf ursachenbezogene Prävention nachgegangen werden kann. Sollte die willentliche Entscheidung der Raucher, sich selbst zu gefährden als Verzicht auf staatlichen Schutz zu werten sein, wäre die Prüfung eines konkreten Inhaltes des Schutzanspruches, den es rechtlich nicht gibt, ohnehin obsolet.

3.3.1 Rechtsverbindlicher Verzicht auf staatlichen Schutz durch Selbstgefährdung?

Anders als die von staatlichen Eingriffen normalerweise betroffenen Grundrechtsträger schädigen sich die Raucher durch ihr Verhalten selbst.³⁶ Ausgehend von normalen Beispielen, wie unfreiwillige Inhalation giftiger Industrie- oder Autoabgase und Aussetzung radioaktiver Strahlung führt sich der Raucher die

³⁶ Anders als beim Passivrauchen führt sich der Raucher die Schadstoffe selbst und selbstbestimmt zu.

giftigen Stoffe durch eigenen Entschluss zu. Zwar kann auch eigenes Verhalten unter die Schutzpflicht vor Schädigungen der körperlichen Unversehrtheit fallen. Aber es fragt sich, ob er dadurch auch auf die staatliche Schutzpflicht aus seinem Grundrecht auf effektive Hilfe zum Nichtrauchen verzichtet.

In Verwirklichung seiner Privatautonomie kann der Rechtsinhaber auf sein Grundrecht und dessen Schutz durch den Staat ganz verzichten (Epping, 2005: 40, Dietlein, 1992). Nicht jedes willentliche Verhalten von Grundrechtsinhaber führt aber zu einem **Verzicht auf Schutz durch den Staat** (Isensee, 1992: § 111). Der erklärte Wille muss nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung weitere rechtliche Voraussetzungen, wie die Grundsätze zur Einwilligung in Heileingriffe zeigen, erfüllen, um im Rechtssinne als Verzicht beachtlich zu sein (BVerfGE 52, 131/175; BGHZ106; 391/399; Lorenz; 1989 HbStR VI 36f).

Grundrechte werden nicht aufgedrängt. Es ist zulässig, auf sie verzichten, es sei denn, es handelt sich um Rechte mit absolutem Schutzanspruch. Hierzu gehört der Schutz des Lebens.³⁷ In die eigene Tötung darf man nicht rechtswirksam einwilligen. In die Risikoaussetzung oder in eine körperliche Beeinträchtigung kann hingegen nach §226a StGB wirksam eingewilligt werden. Selbst die von anderen ausgeführte körperliche Schädigung ist dann kein Straftatbestand (Dreher & Tröndle 2005: zu § 226a; Haft 1990:113). Die körperliche Unversehrtheit ist **dispositives Recht**, auf das der Inhaber des Rechtes verzichten darf (Dietlein, 1992). Gesundheit und körperliche Integrität des Rauchers sind Rechtsgüter, die durch Einwilligung bzw. Verzicht vom Berechtigten ganz oder teilweise einer Schädigung preisgegeben werden dürfen.

Insofern könnten die sozial benachteiligten Raucher, die sich die schädigenden Einflüsse durch das Rauchen selbst zuführen auf den staatlichen Schutzanspruch rechtswirksam verzichtet haben.

In der rechtlichen Einordnung schließt ein wirksamer Grundrechtsverzicht schon einen Eingriff in den Schutzbereich aus (Epping, 2005: 40f) oder er gilt als Rechtfertigung (Schulze-Fielitz, 2004: DR 51).³⁸ In jedem Fall kommt es aber zum

³⁷ Auf den Schutz des Lebens kann nicht rechtlich wirksam verzichtet werden. Im §216 StGB ist die Verursachung des Todes eines Menschen auch mit dessen Einwilligung immer noch ein Straftatbestand. Den Schutz des Lebens darf der Staat gemäß Artikel 1 III GG, dem Schutz der Menschenwürde, nicht zur Disposition stellen. Rauchen wirkt zwar auch irgendwann tödlich. Gemeint sind aber eher die Fälle des zeitnahen Ablebens und nicht die Verwirklichung eines Risikos mit ungewiss tödlichem Eintritt.

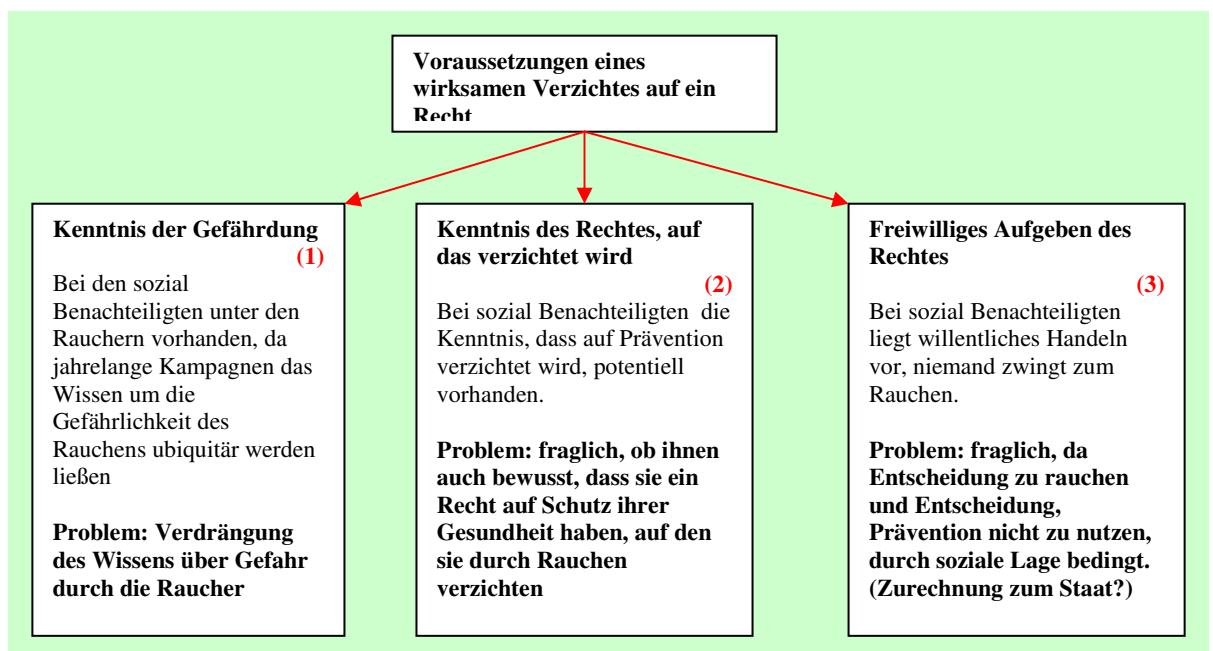
³⁸ In der gegenteiligen Ansicht wird der Grundrechtsverzicht als Rechtfertigung des Eingriffes gewertet (Jarass, 2004). Für die Beurteilung der rechtlichen Konsequenzen der willentlichen Zuführens der schädlichen Stoffe durch den Grundrechtsberechtigten selbst, ergibt sich in dieser

Ausschluss eines Anspruches sozial Benachteiligter auf staatlichen Schutz der körperlichen Unversehrtheit. Auf die Entscheidung zwischen den unterschiedlichen Rechtsansichten kommt es daher gar nicht an.

Nach dem Grundsatz „Volenti non fit injuria“ (*dem Willenden geschieht kein Unrecht*) geht das Gesetz von einem **Einverständnis** aus, das sowohl die Gefährdung als auch die möglichen Folgen mit in den geäußerten Willen einschließt. Raucher müssten freiwillig darauf verzichten, staatlich unterstützt Nichtraucher zu werden und dies konkludent durch ihr Rauchen trotz Präventionsangeboten erklärt haben. In Bezug auf die Einwilligung in gesundheitliche Risiken können die Grundsätze des Einverständnisses mit ärztlichen Eingriffen, die tatbestandsmäßige Gesundheitsschädigungen sind, analog angewendet werden (Thomas, 1995: zu §823 Rz. 42ff).

Somit müssten die sozial benachteiligten Raucher neben der **Kenntnis der Gefahren**, in die sie sich begeben und der **Kenntnis des Rechtes**, auf das sie verzichten, auch **freiwillig den Schutz durch dieses Recht ablehnen**. Im Pfeildiagramm sind diese Voraussetzungen des Verzichtes veranschaulicht. In der Problemdarstellung sind in Abweichung zu einem Normalfall einer Verzichtserklärung, die Subsumtionsschwierigkeiten (**fett**) gedruckt)

(Schaubild 21: Tatbestandsmerkmale eines rechtswirksamen Verzichtes auf staatlichen Grundrechtsschutz)



Bearbeitung kein rechtlicher Unterschied, so dass nicht zwischen beiden Ansichten entschieden werden muss.

Das bedeutet im Fall der sozial Benachteiligten im Einzelnen:

Kenntnis der Gefährdung durch das Rauchen

Dass Rauchen gesundheitsschädigend ist und zum frühzeitigen Tode führen kann, gehört zum Allgemeinwissen, das zusätzlich gebetsmühlengleich auf jeder Zigarettenschachtel verbreitet wird.

Auf jeder Zigarettenschachtel stehen immer drastischere Warnhinweise aufgedruckt, die vor den Gefahren des Rauchens warnen und abschrecken sollen. Trotz großem, auffälligen Aufdruck und zahlreichen Kampagnen zur Aufklärung, die mit gesetzlichen Verboten der Tabakwerbung flankiert werden, ignorieren Raucher diese Warnungen.

Raucher haben, wie Nickels beschreibt, das selektive Wahrnehmen, mit dem sie die Gefahren ausblenden oder sie eben nicht auf sich beziehen (Nickels, 2000: 177). Deshalb ist der Nutzen solcher reinen Informationskampagnen eher gering.

Potentiell haben alle Raucher aber die Möglichkeit, das **Wissen über die Gefahren** zu erlangen, denen sie sich aussetzen. Auch wenn sie das persönliche Risiko für sich selber negieren.

Ihr aktuelles Nichtzurkenntnisnehmen der individuellen Gefährdung ändert an der potentiellen Möglichkeit der Erkenntnis nichts. Ausschlaggebend ist die Erlangung der allgemeinen Erkenntnis der Gefährlichkeit des Rauchens, weniger, dass man sich selbst für aktuell gefährdet hält. Bewusst ist den Rauchern zumindest allgemein, dass Rauchen ihrer Gesundheit nicht gut tut. Deshalb ist das erste Kriterium, das Wissen um die Gefährdung (1), trotz der Ausblendung der persönlichen Gefahr durch den einzelnen Raucher erfüllt.

Verzicht in Kenntnis des Schutzrechtes auf Nichtraucherförderung

Weitaus schwieriger kann die Frage beantwortet werden, ob die sozial benachteiligten Raucher, sich des Verzichtes auf eine effektive und ursachensensible Prävention als Erfüllung ihres grundgesetzlichen Anspruches auf körperliche Unversehrtheit bewusst sind. Dazu gehörte erst einmal die Kenntnis, dass ihnen überhaupt ein Schutzanspruch aus Artikel 2GG zustehen könnte, der sich auf Behebung der sozialen Ursachen des Rauchens bezieht.

Zunächst wird kaum ein Raucher in benachteiligtem sozialen Milieu etwas anderes mit seinem Rauchen verbinden, als ein mehr oder minder angenehmes bzw. hilfreiches Verhalten im Alltag (Henkel, 2000).

Selbst wenn man ihnen eine **bewusste Entscheidung für das Rauchen** mit allen Risiken attestieren will, bleibt es fraglich, ob man damit auch eine bewusste Entscheidung gegen das Nichtraucherwerden bzw. Nichtraucherbleiben unterstellen darf.

Erstens würde für diesen Rückschluss das Erklärungsbewusstsein der Betroffenen, eine weiterreichende Erklärung abgegeben zu haben, fehlen.

Zweitens müssten sie für eine solche bewusste Entscheidung gegen das Nichtrauchen positive Kenntnisse der Möglichkeit für sie als sozial Benachteiligte haben, dass auch sie wirksam vom Raucher zum Nichtraucher geleitet werden könnten. Bis dato kennen sie nur die (unwirksamen) Präventionsangebote, die sie nicht ansprechen.

Des Umstandes der sozialbedingten Determinierung werden die Raucher sich ebenso wenig bewusst werden, wie sie eine **Kenntnis von ursachenbezogener Prävention**, die die soziale Benachteiligung als Ursache des Rauchens angeht, haben können.

Schließlich gibt es kaum eine verhältnispräventive Ausrichtung zu Gunsten der sozial Benachteiligten zurzeit in Deutschland in der Tabakpräventionspolitik. Lediglich die verhaltenspräventiven Maßnahmen der Tabakprävention existieren und sind den sozial benachteiligten Rauchern bekannt.

Mangels Erfahrung, dass es auch Konzepte geben kann, die auch in ihre Lebenswirklichkeit hinwirken, ist die Annahme, sie hätten auf eine effektive Prävention verzichtet, nicht sachgerecht.

Aus der Sicht der sozial Benachteiligten verzichten sie eher auf die Präventionsangebote, die sie ohnehin nicht ansprechen. Eine weitergehende Interpretation, dass sie damit gleichzeitig ebenso auf die effektive Gestaltung des Schutzes ihrer Gesundheit verzichtet haben sollen, ist mangels hinreichender **Kenntnis eines effektiven Schutzes** durch den Staat und der milieubedingten geringen Selbstachtsamkeit der Betroffenen kaum haltbar. Somit wäre das Kriterium „in Kenntnis des Rechtes, auf das verzichtet werden soll“ (2), meiner Ansicht nach nicht erfüllt. Ein Grundrechtsverzicht durch konkludentes Handeln, Rauchen, wäre ausgeschlossen.

Sollte man allerdings in gegenteiliger Ansicht, die Entscheidung zu Rauchen bei den sozial Benachteiligten zeitgleich als Entscheidung gegen den effektiven

Gesundheitsschutz durch den Staat und damit gegen das Nichtrauchen auslegen wollen, bliebe noch das Dritte Kriterium. Die Bejahung der **Freiwilligkeit eines Verzichtes (3)** erscheint in Hinblick auf die soziale Determinierung aber noch mehr fraglich zu sein, so dass über dieses Merkmal das Vorliegen eines wirksamen Grundrechtsverzichtes der sozial Benachteiligten auf effektiven Schutz gegenüber den Gefahren des Rauchens sicher ausgeschlossen werden kann.

Ein freiwilliges Ablehnen des Schutzes?

Freiwillig heißt, etwas in Zustand der unbeeinflussten Entschließungsfreiheit zu entscheiden (Epping 2005; 41; Dietlein, 1992; Thomas, 1995, zu §823 Rz. 44)

Der **Entschließungsfreiheit** kommt dabei entscheidende Bedeutung zu. Auf den ersten Anschein rauchen die Menschen auch in sozial benachteiligten Milieus freiwillig. Schließlich zwingt sie niemand zum Tabakkonsum. Jeder beschließt für sich, meist ohne erkennbare, äußere Einflussnahmen, Zigarettenrauch zu inhalieren und bestätigt diese Wahl aufs Neue mit jeder neuen Zigarette, die er raucht.

Freiwillig bedeutet aber mehr als die **Abwesenheit von Zwang oder gewaltsamer Einflussnahme**. Deshalb kommt es weniger auf den äußeren Hergang der willentlichen Betätigung an, sondern die dahinter stehende Freiheit des Entschlusses, die zu diesem Willen letztlich führte, ist für die Beurteilung der Freiwilligkeit einer Entscheidung ausschlaggebend.

Nicht der willentliche Akt, Raucher zu werden, zu sein und zu bleiben, wäre entscheidend. Vielmehr die Umstände, die eben zu dieser Entscheidung geführt haben, sagen aus, ob freiwillige Raucherkarrieren vorliegen oder nicht.

Dabei ist die Beeinflussung der Entschließungsfreiheit durch die Nikotinsuchtentwicklung mit ihrer stofflichen Abhängigkeit nur ein Aspekt der Einschränkung einer unbeeinflussten Entschließungsfreiheit oder **Konsumsouveränität** (Ahrens, 2000; Laffert, 1998)³⁹. Wie bei Ahrens beschrieben, wird zwar darüber diskutiert, ab welchem Grad der Abhängigkeit nur noch von suchtgesteuertem Verhalten und nicht mehr von einer freien Entscheidung ausgegangen werden kann (Ahrens, 2000: 55), aber man stellt einzig auf die stoffliche Wirkung der Drogen an sich ab⁴⁰. Dies passt zu dem Ansatz in

³⁹ Ahrens diskutiert den möglichen Ausschluss der „Konsumsouveränität“ durch das Suchtpotential der Drogen. Sucht verhindere die freie Entscheidung gegen die Droge.

⁴⁰ Unfrei und damit fremdbestimmt in ihrem selbstgefährdenden Verhalten wäre demnach nur völlig nikotinabhängige Raucher. In Anbetracht der Gefährdungslage erscheint dies zu kurz gegriffen, erst

Deutschland, Drogensucht nur als persönliches Phänomen zu sehen, dass durch die Wirkung einer Chemikalie fremdbestimmt werden kann. Warum sollte diese Fremdbestimmung der Entscheidung nicht auf äußere Ursachen beruhen, die nicht mit der körperlichen Reaktion auf den Stoff direkt zu tun haben, aber die Konsumsouveränität in Richtung einer **funktionalen Abhängigkeit** einengen?

Dieser andere Aspekt der Entschließungsfreiheit stellen die kausalen Zusammenhänge zwischen Rauchen als Lebenskompetenz und sozialer Benachteiligung dar.

Sie tragen in erheblichem Maße dazu bei, die Entscheidung, Raucher zu werden oder es zu bleiben, zu treffen. Wäre Rauchen eine Entscheidung, die unabhängig und freiwillig vom sozialen Milieu getroffen würde, käme es nicht zu dieser ausgesprochen sozialen Polarität unter den Rauchern.

Die soziale Lage ist das einzige Kriterium, in dem sich ein Hartz IV Empfänger und ein leitender Angestellter unterscheiden, wenn sie sich entschließen zu rauchen oder es wieder aufzugeben.

Dem einen gelingt es mit Hilfe der Präventionsaktivitäten des Staates, sich vom Rauchen zu distanzieren, dem anderen nicht. Und dass, obwohl beide u. U. die gleiche Affinität zum Nikotin durch ihre **stoffliche Abhängigkeit** haben.

Hieran wird deutlich, in welchem erheblichem Zusammenhang die sozialen Faktoren eines Lebensumfeldes zur Konsumsouveränität des Einzelnen stehen und ein staatliches Intervenieren wegen mangelnder Funktion der Regulationsmechanismen rechtfertigen (Ahrens, 2000). Die Konsumsouveränität wird in erheblichem Masse von den sozialen Lebensbedingungen geprägt. So kommt es zur Festlegung scheinbar gangbarer und schwer möglicher Entscheidungsalternativen.

Im sozial besser gestellten Milieu fällt die Willensentscheidung, Nichtraucher zu werden wesentlich leichter als in sozial benachteiligten Milieus, in denen Rauchen mit einem Stellenwert einer erwachsenen Lebenskompetenz größere Akzeptanz genießt (Helmert & Mielck, 1994; Schmidt, 1998).

Aber ab welchem **Grad der Beeinflussung** durch die soziale Lage, in der der Raucher lebt, wird seine Entscheidung zu einer fremd gesteuerten und unfreiwilligen Entscheidung? Jede Art von Förderung oder Begünstigen der Entscheidung zu rauchen durch die soziale Benachteiligung kann allerdings nicht ausreichen, die

ab diesem Zeitpunkt nach diesem Zeitpunkt von einem wirksamen Verzicht auf staatliche Nichtraucherförderung auszugehen.

Konsequenz der Entscheidung nicht dem Raucher, sondern der Gesellschaft als Urheber der sozialen Benachteiligung anzurechnen.

Beeinflussung der Entscheidung zu rauchen durch die soziale Lage

Einflüsse kann es viele geben, die eine Entscheidung des Rauchers in seinem Lebensumfeld verursachen können. Aber nicht alle machen eine Entscheidung gleich unfrei und nicht zurechenbar.

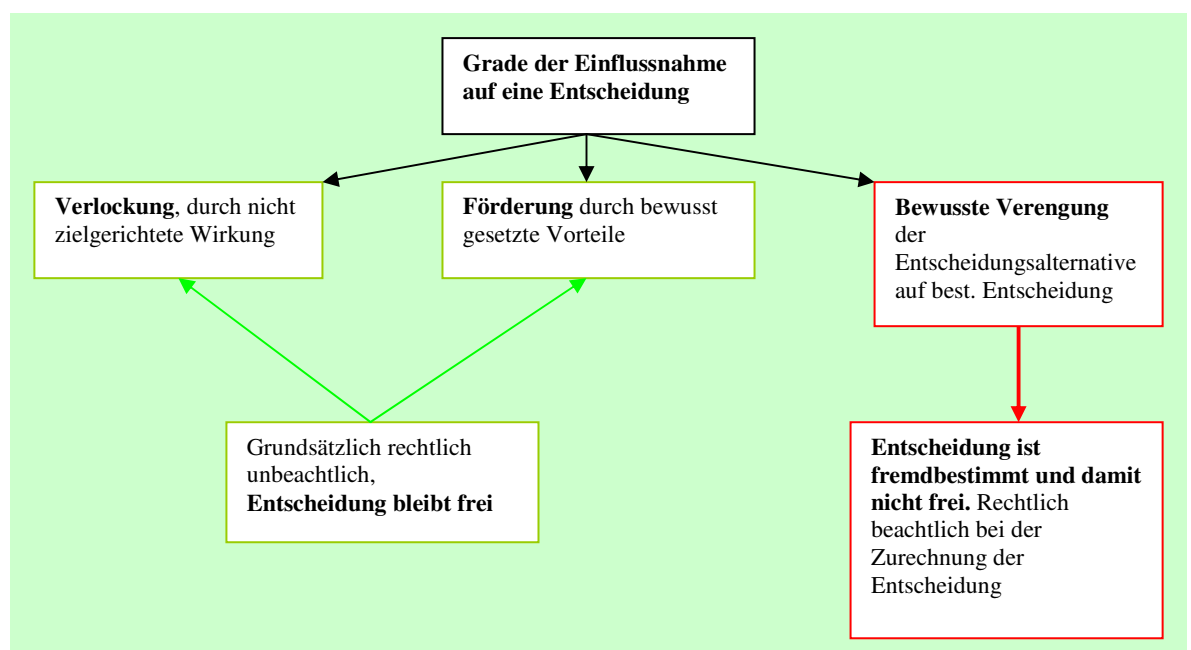
Es bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Graden der Beeinflussung einer Entscheidung und ihrer rechtlichen Relevanz für die Frage, ob eine willentliche Entscheidung, hier die Selbstgefährdung bzw. den Verzicht auf effektiven Grundrechtsschutz, auch frei und zurechenbar gefällt wurde.

Nicht jede Förderung der Entscheidung reicht dazu aus.

Erst ab einem Grad der Beeinflussung, die die Entscheidungsalternativen in eine bestimmte Richtung einengt, wäre der soziale Einfluss so erheblich, dass nicht von einem freiwilligen, rechtlich beachtlichen Verzicht auf effektive Nichtraucherförderung durch sozial benachteiligte Raucher gesprochen werden darf.

Im folgenden Pfeildiagramm sind diese unterschiedlichen Grade der Beeinflussung einer Entscheidung gegenübergestellt. Auf einer Ebene stehen die Verlockung, die Förderung und zuletzt die bewusste Verengung der Entscheidungsalternativen durch Intervention.

(Schaubild 22: Die möglichen Grade der Entscheidungsbeeinflussung und ihre Rechtsfolgen)



Während die **Verlockung** und die **Förderung** irrelevant für die Beurteilung eines Verzichtes sind, wäre eine **Einengung der Entscheidungsalternative** auf das Rauchen infolge der sozialen Lage beachtlich.

Die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung müssten also diesen dritten (rot) eingezeichneten Unterfall, der Einflussnahme auf die Entscheidung, zu Rauchen bzw. nicht Nichtraucher zu werden, erfüllen.

In Abgrenzung zu den anderen **tatbestandslosen Einflussnahmen**, die (grün) dargestellt sind, soll im Folgenden dieser Frage nachgegangen werden.

Handelt es sich nur um Verlockung oder Förderung der Entscheidung der sozial Benachteiligten, dann wäre die Entscheidung zu rauchen und damit der Verzicht auf die staatliche Schutzpflicht gegenüber dem Artikel 2 GG auf effektive Prävention freiwillig gefällt.

Es reicht nicht aus, dass die Gesellschaft die Entscheidung zu rauchen nur fördert, Raucher zu sein oder Raucher zu werden, weil es für das Leben im sozial benachteiligten Milieu günstiger erscheint. Es handelt sich dabei um eine Gemengelage, in der Komponenten beider Unterfälle der Einflussnahme auf die Entscheidung in einander fließen und ein Mehr oder Weniger zur Antwort haben werden.

Die sozialen Lebensumstände müssten die Entscheidungsmöglichkeiten so stark einengen, bis letztlich nur ein gesundheitsabträgliches Verhalten, hier Rauchen, übrig bleibt, um sich mit der Situation der sozial benachteiligten Lage zu arrangieren.

Allerdings könnte man auch argumentieren, die sozial benachteiligte Lage fördere nur im Sinne einer „leichteren Wahl“ das Rauchen in der Alltagsbewältigung. Eine Entscheidung gegen das Rauchen bliebe ja immer noch möglich. Nur brächte sie dann „weniger“ fühlbare Vorteile im sozial prekären Alltag. Ein Argument, das zunächst gegen das Vorliegen einer unfreiwilligen Entscheidung der Raucher gegen das Nichtrauchen spräche.

Die **Möglichkeit, sich anders zu entscheiden**, kann deshalb noch kein eindeutiges Indiz für eine freie Entscheidung zum Verzicht auf den grundrechtlichen Schutz sein. Schließlich hat auch der durch Drohung Genötigte immer noch eine faktische Entscheidungsalternative, wenn auch unter Hinnahme von Nachteilen.

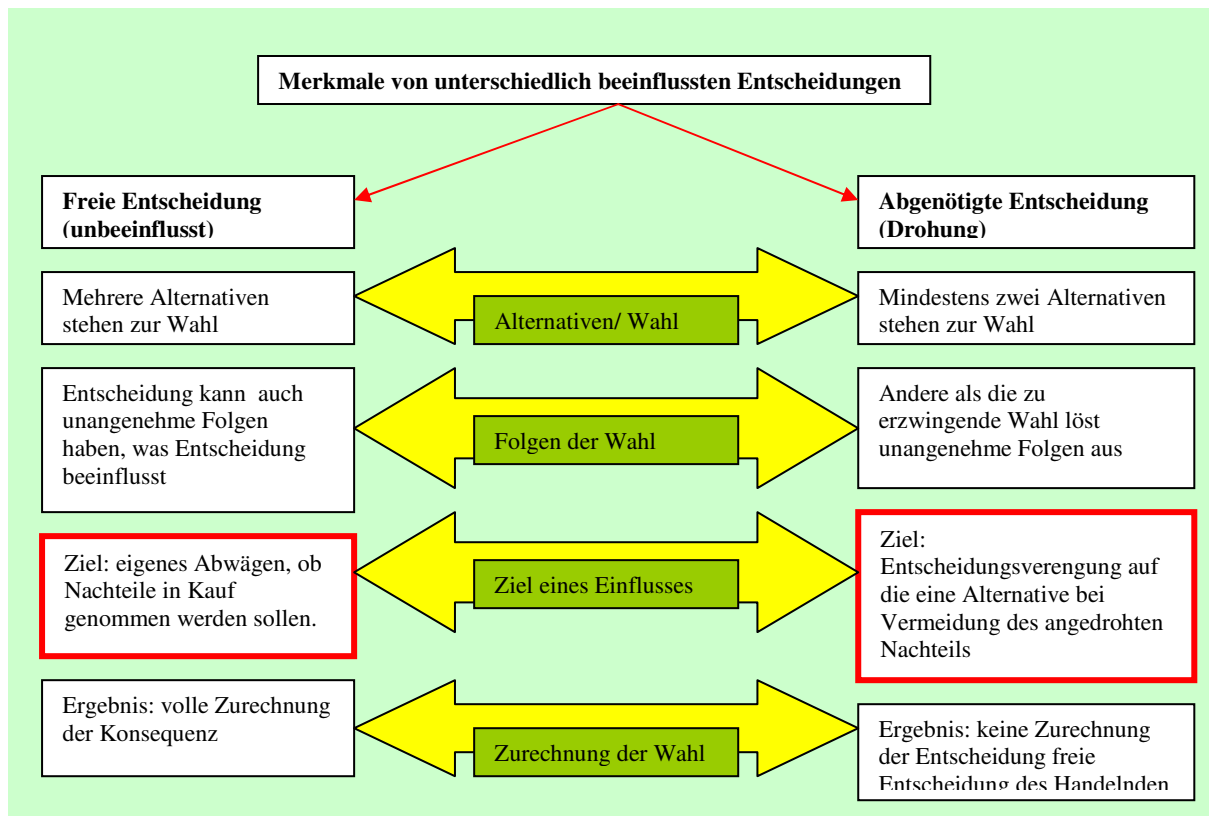
Haben die sozial Benachteiligten unter den Rauchern sich gegen das Nichtrauchen entschieden, weil sie keine Nachteile haben wollten? Wenn ja, dann läge eine unfreie Entscheidung nahe. Oder wandten sie sich gegen das Nichtrauchen, weil sie nicht auf

Vorteile verzichten wollten? So entspräche das wieder mehr einer Förderung und damit einem freiwilligem Verzicht auf effektive Prävention.

Für beide Meinungen gibt es Argumente. Die Komponenten beider Sachverhalte sind im unteren Diagramm synoptisch in Beziehung gesetzt. Ersichtlich unterscheiden sich beide Varianten in mehreren Kriterien, die zur Abgrenzungsdiskussion herangezogen werden können. Sowohl der Sachverhalt der bloßen Förderung durch die sozialen Umstände, die rechtlich irrelevant wäre, als auch der der Verursachung durch die sozialen Umstände, der einen **freiwilligen Verzicht auf die Nichtraucherförderung** ausschliesse, weisen mindestens zwei Entscheidungsalternativen auf. Die Wahl eines Verhaltens kann unangenehme Folgen haben. Wobei offen bleiben kann, ob diese im Entgehen von Vorteilen (Förderung) oder in echten Nachteilen (Nötigung) bestehen, da beides unter dem Begriff „unangenehme Konsequenz“ subsumiert werden könnte.

Anders verhält es sich aber mit der **Kausalverbindung zwischen Entscheidung und Beeinflussung** aus der Sicht des Beeinflussenden, hier die Gesellschaft. Allein diese unterscheidet sich deutlich in beiden Sachverhaltvarianten.

(Schaubild 23: Abgrenzungsmerkmale von freien und fremdbestimmten Entscheidungen)



Deshalb entscheidet einzig die Zielrichtung der Einflussnahme durch die Umstände der sozialen Lage (**rot umrandetes Kriterium im Pfeildiagramm**) über das Vorliegen eines freiwilligen oder unfreiwilligen Verzichtes auf den Grundrechtsschutz der Gesundheit durch den Staat.

Wenn der Staat mit seiner Haltung zur sozialen Ungleichheit die Verengung der Entscheidungsalternativen auf das **Ablehnen des Nichtrauchens als Ziel** hervorruft, wäre dies kein Fall der Förderung mehr, sondern ein Fall einer unfreiwilligen, nicht dem Raucher zurechenbaren, Entscheidung. Der Staat ist dann trotz der Selbstschädigung der Raucher weiterhin verpflichtet, die Gesundheit effektiv zu schützen.

Nun könnte man weiter argumentieren, die Gesellschaft will, wie die Bemühungen der Tabakpräventionspolitik zeigen, gar nicht, dass die Menschen rauchen. Sie will nicht, dass durch die sozialen Umstände der Entschluss zu rauchen hervorgerufen wird. Ziel der staatlichen **Duldung von sozialer Benachteiligung** sei es nicht, Menschen zum Rauchen zu bringen.

Ausschlaggebend kann aber nicht sein, dass der Verursacher von Entscheidungen das Verhalten des Beeinflussten beabsichtigt, das heißt, dieses Verhalten gerade herbeiführen will.

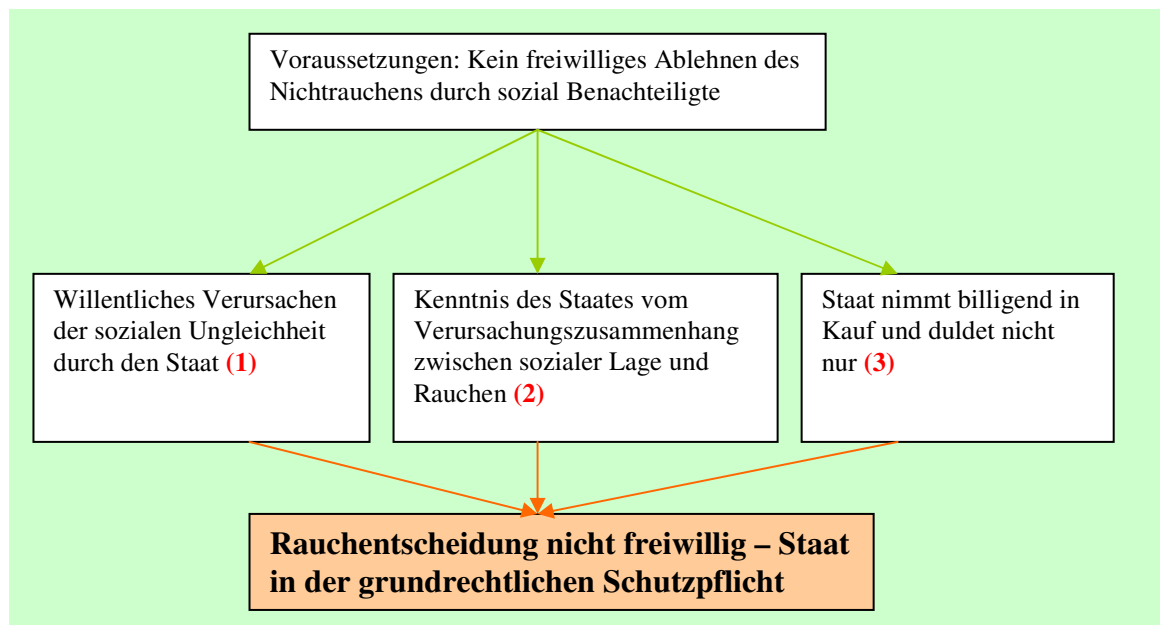
Denn auch der **Wille der Beeinflussung** ist ein skalierbarer Begriff.

Etwas zu dulden oder zu veranlassen, dessen Folgen bekannt sind, kann nicht dadurch als unwillentlich abgetan werden, dass man die erkannten Konsequenzen nicht in erster Linie hervorrufen will (Dreher/Tröndle, 2005: zu § 240 StGB). Der Gesellschaft, der die gesundheitlichen Folgen der sozialen Benachteiligung in Bezug auf das Rauchen bekannt sind, braucht nicht zu beabsichtigen, die Menschen zum Rauchen zu bringen. Es reicht eigentlich aus, zumindest die soziale Ungleichheit in Kauf zu nehmen, um damit auch deren Folgen und damit die Verursachung des Rauchens in den Willen mit aufzunehmen. Wenn man das eine will, muss man das, was es hervorbringt als Konsequenz auch wollen, zumindest als Konsequenz billigend in Kauf nehmen. Man nennt dies **Eventualvorsatz**, der sich auf die Folgen eines bewussten Handelns bezieht. Eventualvorsatz wird definiert, dass eine bestimmte Folge des Verhaltens für möglich gehalten und billigend in Kauf genommen wird. (Haft, 2002).

Neben der willentlichen Verursachung der sozialen Benachteiligung durch die Gesellschaft und dem Aussetzen von Menschen inmitten dieser Benachteiligung

muss der Staat die Folge, dass Menschen dadurch zum Rauchen konditioniert werden, nur erkannt und billigend in Kauf genommen haben. Andernfalls geschah die Einflussnahme durch Aussetzen sozialer Benachteiligung nicht vorsätzlich, so dass die Entscheidung der sozial Benachteiligten gegen das Nichtrauchen als Grundrechtsverzicht frei gefällt wird.

(Schaubild 24: Merkmale der willentlichen Haltung des Staates zur sozialen Benachteiligung)



Willentliches Verursachen der sozialen Benachteiligung in der Gesellschaft

Das Grundgesetz selbst sieht im Sozialstaat keine klassenlose Gesellschaft, in der alle gleich gestellt werden müssten (Pierroth, 2006: zu Art. 20). Es reicht die **Chancengleichheit auf soziale Mobilität**. Schon allein die Funktionen in der arbeitsteiligen Gesellschaft mit unterschiedlichen sozialen Anreizen halten die soziale Ungleichheit im gesellschaftlichen Interesse aufrecht (Hradil, 2005).

Ein Beispiel für staatlich gesetzte soziale Ungleichheit sind Hartz-IV-Empfänger. Durch Wegfall ihrer Funktion in der Gesellschaft verlieren die Betroffenen auch die soziale Anbindung, erhalten weniger Leistungen und sind im Vergleich zu ihren arbeitenden Kollegen in ihren sozialen Möglichkeiten benachteiligt (Hradil, 2005). Diesem sozial benachteiligten Milieu kann man, da es meist nicht selbst gewählt ist, nicht durch eigene Entscheidung entfliehen. Das soziale System verhält sich dabei selbsterhaltend. Es setzt den sozial Benachteiligten viele Widerstände entgegen, so dass sich die soziale Ungleichheit mangels Chancengleichheit von Generation zu Generation fortsetzt (Müller & Haun, 1994; Mansel, 1993). Schon von seiner ganzen

Ausprägung ist das deutsche Gesellschaftssystem auf soziale Ungleichbehandlung ausgelegt, um Anreize für verschiedene Positionen in der Gesellschaft zu schaffen. Dass es dabei auch soziale Benachteiligungs- und Bevorzugungskriterien gibt, ist dem gewollten System immanent (Geißler, 2006). Die soziale **Ungleichheit ist vom Staat also willentlich verursacht** und aufrecht erhalten.

Kenntnis der Gesellschaft vom Zusammenhang sozialer Lage und Rauchverhalten

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Benachteiligung und dem gesundheitlichen Fehlverhalten der Betroffenen, ist seit Jahren bekannt und diskutiert worden (Helmert & Maschewski-Schneider, 1998).

Die soziale Lage erfordert Anpassungsleistungen von den sozial Benachteiligten, in dem die soziale Ungleichheit an sich schon die Zuspitzung auf gesundheitsschädliche Verhaltensweisen fördert.

Ein Beispiel sind auch hier Arbeitslose. Durch Verlust der gesellschaftlichen Stellung und der Minderausstattung mit finanziellen Mitteln nehmen diese neuen Umstände Einfluss auf deren Gesundheitsverhalten (Henkel, 2000). Die Gefahr der gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, die zuvor unter Umständen klein war, wächst stark an. Diese Personen laufen mit großer Wahrscheinlichkeit Gefahr, den gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen zu erliegen. Es fehlt Geld für das Fitness-Studio, der (nicht rauchende) Freundeskreis bricht weg und wird durch rauchende Bekannte ersetzt. Oder der Lebensfrust sorgt schon allein für neue Verhaltensweisen, von denen die wenigsten gesundheitsfördernd sein werden.

Denn leichter lässt sich diese Lebenslage mit „-„angepassten“ Verhaltensweisen bzw. Kompetenzen, die vom Umfeld gefördert und geteilt werden, ertragen. Diese Zusammenhänge sind in Deutschland nicht erst seit der Hartz-IV Einführung bekannt. Menschen aus sozial niedrigem Milieu sind ungesünder und sterben bekanntermaßen auch erheblich früher (Klosterhuis & Müller-Fahrnow, 1994).

Staat nimmt billigend die ungesunde Anpassung an soziale Lage in Kauf

Das letzte Merkmal ist das „billigend in Kauf nehmen“, dass dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Rauchen entsteht. Es muss aus Sicht des Staates vom **Zustand des Hinnehmens** abgegrenzt werden. Denn im Fall des bloßen Hinnehmens oder des Hoffens, die Konsequenz des ungesunden Verhalten werde

trotz der zugemuteten sozial prekären Lage nicht eintreten, läge in Bezug auf das Rauchen keine Freiwilligkeit ausschließende Einflussnahme der Staates vor. So wäre die Einflussnahme des Staates auf die Entscheidung des Rauchers auch keine bewusste **Einengung der Entscheidungsalternativen** zwischen Rauchen oder Nichtrauchen. Die Entscheidung des Rauchers gegen das Nichtrauchen wäre demnach frei gefällt. Sie würde nur durch die Umstände des sozialen Milieus gefördert. Ein Recht auf Schutz der Gesundheit aus Artikel 2 IGG bestände nicht.

Dies wäre vor allem dann der Fall, wenn die Folge der sozialen Benachteiligung, das gesundheitsschädliche Verhalten, sich nicht empirisch sicher einstellte, sondern eine **ungesunde Ausprägung des Lebensstils** in den sozial benachteiligten Milieus vom Eintritt eher unsicher wäre. Oder aber der Staat bereits effektive Gegenmaßnahmen ergriffe, diese ungesunde Lebensausrichtung zu verhindern. Erst unter diesen Voraussetzungen dürfte die Gesellschaft **rechtlich relevante Hoffnung** haben, das gesundheitsschädliche Verhalten, hier das Rauchen, werden bei den von sozialer Benachteiligung Betroffenen als Anpassungskonsequenz nicht eintreten.

In Kenntnis der seit den 1990er Jahren bekannten Studienergebnissen (Hurrelmann & Klocke, 1998; zusammenfassend Henkel, 1998, 1999) kann die Gesellschaft allerdings nicht berechtigterweise darauf hoffen, das durch die sozial benachteiligte Lage gesetzte Risiko werde sich nicht in gesundheitsschädlichem Verhalten als Lebensstil, vorliegend **Affinität zu Rauchen**, verwirklichen.

Mit sozialer Benachteiligung gehen zwingendermaßen gesundheitliche Einbußen durch erhebliche Anpassungsleistungen einher, wie die geringere Lebenserwartung als in anderen sozialen Milieus beweist.

Lebensstil und daraus resultierend das Rauchen als Ausdruck einer freien Entscheidung gegen das Nichtrauchen und gegen eine effektive Partizipation an der Tabakprävention erscheinen vor diesem Hintergrund ebenso zweifelhaft frei gewählt, wie der Verzicht auf das Abitur bei Kindern von Hartz IV empfangenen Eltern.

Rauchen hilft als Alltagskompetenz das soziale Milieu, in das die Gesellschaft die Betroffenen aussetzt, besser zu ertragen. Es wird durch die Lebensumstände und das Umfeld gestützt. Es durch Verbote wegzunehmen, wie oft gefordert, bedeutete nur, das eine gegen ein anderes gesundheitsgefährdende Verhalten auszutauschen oder gar sozial noch weniger verträgliche Verhaltensweisen zu entwickeln.

Im Ergebnis ist die Entscheidung der sozial Betroffenen, mit dem Rauchen fortzufahren oder zu beginnen, eine dem **Staat als Verursacher** der hinreichend sicher verursachenden sozialen Lebensumstände zurechenbare Konsequenz.

Der Staat setzt nicht nur die soziale Ungleichheit funktional ein, in der er Menschen belässt. Er zieht unter Umständen aus der Einengung des Lebensstils auf gesundheitsschädliche, selbstgefährdende Verhaltensweisen bei den Betroffenen auch Vorteile (Nachtarbeit, Tabaksteuereinnahmen etc).

Im Ergebnis haben sich die von sozialer Benachteiligung Betroffenen nicht freiwillig gegen das Nichtrauchen oder gesunde Lebensstile und damit gegen den Schutz auf ihre körperliche Unversehrtheit entschieden. Vielmehr engte der Staat durch **gewolltes Aussetzen in sozial benachteiligter Lage**, als nicht durch effektive Präventionsmaßnahmen unabgeschirmte Gefahr für gesundheitsschädliches Verhalten, ein. Er wusste um die Verursachungswirkung, dass ihre gesundheitlichen Alternativen als Konsequenz auf die Lebensumstände auf gesundheitsschädigendes Verhalten beschränken.

Ein freiwilliger Verzicht auf den grundrechtlichen Schutz gegen die Gefahren des Rauchens ist bei dieser Interessenlage kaum vertretbar.

Freiwillig hieße auch, alle sozial benachteiligten Raucher das ungesunde Verhalten auch ohne verursachende soziale Lage gewählt hätten. Das ist, wie die positiven Ergebnisse in höheren sozialen Schichten mit anderen Lebensumständen zeigen, eben nicht der Fall.

Mangels **Freiwilligkeit der Rauchentscheidung** ist nach meiner Ansicht die Annahme eines rechtswirksamen Grundrechtsverzichtes auf den staatlichen Schutz des Grundrechtes der körperlichen Unversehrtheit durch konkludentes Handeln (Rauchen) der betroffenen sozial Benachteiligten zweifelhaft.

Die rauchen, weil die gesellschaftlich zuge dachte Lebenssituation sie zur Gesundheitsaufgabe infolge der Alltagsbewältigung bestimmt, und nicht, weil sie die gesundheitlichen Einbußen unabhängig von ihrer sozialen Lage frei gewählt hätten.

Zwar würden die meisten Raucher mehrheitlich ihre **Selbstbestimmung** anführen, wenn man sie auf ihr Rauchen anspräche. Jedoch werden sie durch ihr soziales Umfeld (Familie, Peer-Groups) dermaßen geprägt, dass dieses auch letztlich darüber entscheidet, was ein (junger) Mensch gut, schlecht oder hilfreich findet (Gensicke, 2006; Langness/Leven/Hurrelmann, 2006). Rauchen bildet da keine Ausnahme.

Aus diesen Gründen verzichten die sozial Benachteiligten unter den Rauchern wohl nicht auf das staatlich zu garantierende Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aus Artikel 2 II GG.

Im nächsten Schritt steht zur Klärung an, zu was der Staat in der Tabakprävention nach dem Grundgesetz überhaupt verpflichtet werden könnte, wenn nach dem Sozialstaatsprinzip Ungleichheiten gestattet und Chancengleichheit gefordert wird? Schließlich steht ihm ein Ermessensspielraum zu, ob er überhaupt einschreiten muss oder mit welchen Handlungsalternativen er gegebenenfalls seine Pflicht erfüllen wird.

3.3.2 Konkreter Inhalt des Anspruches auf präventiven Schutz durch den Staat

Mit der Feststellung eines Anspruches auf Schutz eines Grundrechts ist noch nicht festgelegt, zu welcher oder welchen **konkreten Schutzhandlungen** der Staat überhaupt verpflichtet werden kann (Dietlein, 1992; Stern, 1988: III1). Dem Staat als verpflichteter Adressat steht es zu, die zur Abhilfe in Frage kommenden Gegenmaßnahmen auszuwählen. Es gibt immer zahlreiche Verhaltensalternativen, und dies wird dem Staat zugestanden, aus diesen alternativen Verhaltensweisen frei zu wählen.

Dabei gewährt das Grundgesetz dem Staat einen großen Spielraum in der Entscheidung, zum Schutz eines Grundrechtes oder zur Abhilfe eines grundrechtswidrigen Zustandes tätig zu werden. Dieser Spielraum umfasst sowohl die Entscheidung, überhaupt aktiv zu werden, als auch die Auswahl der Mittel, mit denen der Staat aktiv zum Schutze eingreift. Aber bevor die Frage nach den **alternativ möglichen Handlungsalternativen** gestellt werden kann, bleibt zuvor der Aspekt, ob er überhaupt eingreifen muss. Vielleicht hat der Staat durch die aktuellen Präventionsbemühungen schon Wesentliches veranlasst.

Verpflichtung, überhaupt tätig zu werden

Bei Frage der Verpflichtung, Weiteres in der Prävention zu tun als bisher, ist zu bedenken, dass der Staat, den zu der Beeinträchtigung führenden Zustand aus verschiedenen Gründen selbst verursacht und billigend in Kauf nimmt. Dass er auch

u. U. seinen Nutzen finanziell und vor allem wirtschaftlich aus dem Umstand zieht, dass sozial Benachteiligte sich zur Anpassung an ihren Alltag ungesunde Verhaltensweisen entwickeln.

Auch wenn es nicht dem Primärinteresse des Staates entspricht, Menschen durch Aussetzen in sozialer Benachteiligung vom Nichtrauchen abzuhalten, so verursacht er doch (bedingt)vorsätzlich ihren damit verbundenen gesundheitsgefährdenden Lebensstil, in dem Rauchen ein Funktion in der Alltagsanpassungsanforderung hat.

Als Auslegungsmaßstab bei der Beurteilung von **Handlungspflichten bei Grundrechtsbeeinträchtigungen** ist das Sozialstaatsprinzip für einen Auftrag des Staates, für eine gerechtere Sozialordnung zu sorgen, heran zu ziehen (BVerfGE 69, 272/314; 94, 241/263). Es gebietet dem Staat, den Ausgleich sozialer Gegensätze zu schaffen (BVerfGE 100, 271/284; 22, 180/204).

Das Sozialstaatsprinzip verpflichtet zur Schaffung von Chancengleichheit, sich im sozial differenzierten System zu bewegen. Es bezieht sich damit auch auf gesundheitliche Chancen. Schon allein aus **Gründen des Verursacherprinzips** erscheint ein Nichttätigwerden zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der sozial Benachteiligten durch effektive Schutzmaßnahmen nicht sachgerecht. Der Staat muss nach der Verursachungslage des Rauchens in sozial benachteiligten Milieus, deren Existenz er zulässt und ggf. auch nutzt, einschreiten.

Ein völliges Vernachlässigen der Tabakprävention wäre ein Verstoß gegen die grundrechtlichen Schutzpflichten.

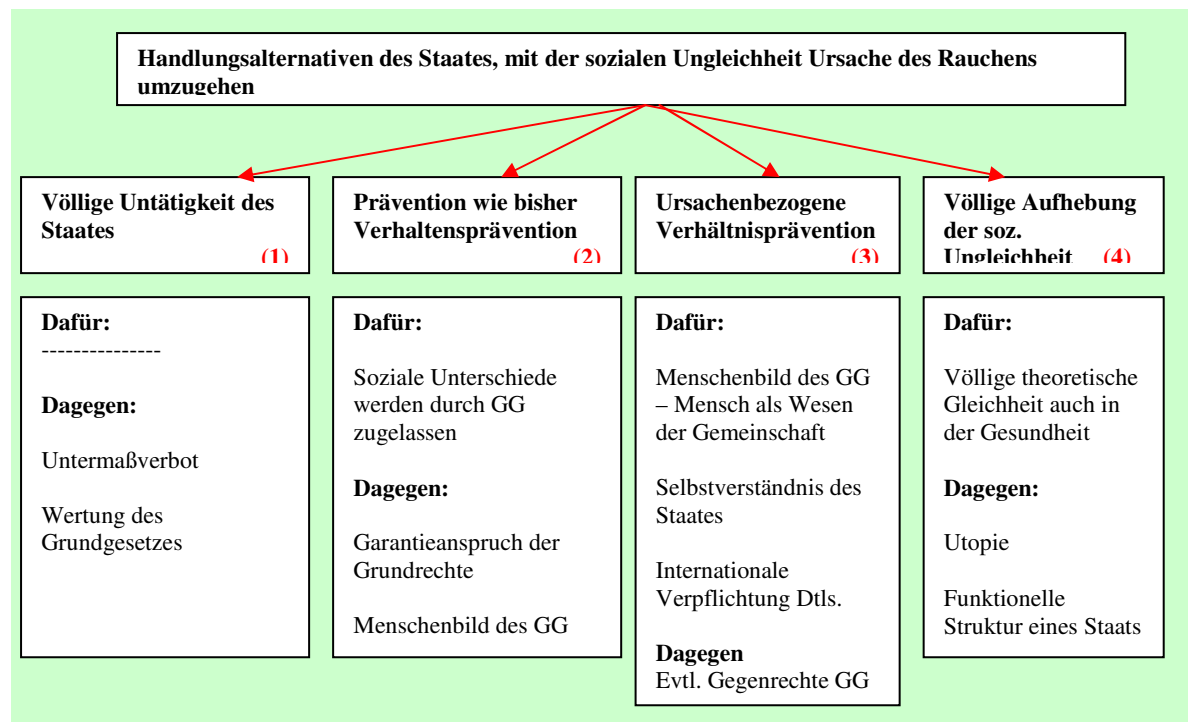
Nun, wird der Staat durch verhaltenspräventive Maßnahmen gegen den Tabakgenuss aber bereits tätig. Vielleicht genügt diese Tabakprävention, die am individuellen Verhalten der Raucher ansetzt, rechtlich bereits, den Schutzanspruch aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit zu erfüllen. Auch, wenn die Raucher aus sozial benachteiligter Herkunft dem Aufruf nicht folgen, weil sie nicht überzeugt sind, so könnte man argumentieren, so sei es nicht weiter das Problem der Gesellschaft. Schließlich habe diese versucht, die von ihr gesetzten Gefahren für das Gesundheitsverhalten zu neutralisieren.

Kann es aber für den Grundrechtsschutz ausreichen, einfach irgendwas zu tun, anstatt Wirksames zu tun?

Aktuelle Tabakpräventionspolitik und der Anspruch auf Schutz der Gesundheit

Bevor die **Mittelwahl der Gesellschaft**, die sie in Erfüllung bestehender Handlungspflichten treffen müsste, näher untersucht werden wird, sind in der Übersicht die sich bietenden Handlungsalternativen synoptisch nebeneinander gestellt. In Abgrenzung der verschiedenen Alternativen von einander, lassen sich auf das GG bezogene Argumente für den einen oder den anderen Weg besser finden. Deshalb sind diese theoretisch möglichen Handlungsalternativen zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der sozial benachteiligten Raucher mit dem jeweiligen pro und kontra einander zugeordnet. Bei der Auswahl der Mittel steht dem Staat ein erheblicher Spielraum zu, der nur durch Verpflichtungen des Staates aus dem GG einschränkend auszulegen ist (BVerfGE 46, 160/164; 79, 174/202).

(Schaubild 25: Handlungsalternativen des Staates bei sozialer Ungleichheit und die Sicht des GG)



Vielleicht reicht seine bisherige Tabakpräventionspolitik zur Konkretisierung der Alternativenauswahl im **Vollzug seiner Einschätzungsprärogative** bereits aus, um das Grundrecht hinreichend zu schützen. Schließlich gibt es Entscheidungsalternativen bei der Wahl der Mittel, die Angleichung kann durch materielle Leistung, durch Organisation oder Verfahren erfolgen (Stark, 2005: MKS I 35 zu Artikel 3).

Nicht erlaubt ist der Gesellschaft alles, was hinter dem Untermaßverbot zurückbleibt. Untermaß ist ein Weniger als erforderlich, um einen **umfassenden Grundrechtsschutz** zu gewährleisten (Isensee, 2000: §111 Rz. 106ff). Es ist nach Art, Nähe und Ausmaß der möglichen Gefahr für das Grundrecht unterschiedlich streng auszulegen (BVerfGE 49, 89/142). Schließlich kann kollidierendes Verfassungsrecht die staatlichen Spielräume bei der Entscheidungswahl noch erweitern (Jarass, 2006: Vorb. Art. 1, Rz. 53).

Die Alternative **(1), überhaupt nichts zu veranlassen**, ist gegenüber der Wertung des GG, das einen Schutz der Grundrechte als nutzbare Freiräume aktiv geschützt sehen will, und gegenüber dem Untermaßverbot unzulässig.

Das Bundesverfassungsgericht hat im Zusammenhang mit Freiheitsgrundrechten eine **tatsächliche Angleichung der Erwerbschancen** für materielle sowie immaterielle Güter und damit der faktischen Vorbedingungen der Nutzung der Freiheitsrechte gefordert (BVerfGE 33, 303/331). Das verpflichtet die Gemeinschaft, aktiv zu werden und zu bleiben, wenn es um den Schutzbereich der Grundrechte geht. Deshalb wäre diese Haltung der Gemeinschaft als Handlungsoption nach dem GG nicht haltbar.

Ebenso wie die Alternative **(1)** ist die theoretische Alternative **(4), der völlige Ausgleich sozialer Unterschiede**, zu beurteilen, die den Staat verpflichten würde, totale Gleichheit in der Gesellschaft in allen Verteilungsfragen anzustreben.

Nach dem Sozialstaatsprinzip ist eine völlig gleiche Gesellschaft eben nicht das Ziel des GG. Deshalb kann in Hinsicht auf den absoluten Ausgleich von Ungleichheiten vom Staat grundsätzlich nicht mehr gefordert werden, als ihm das Sozialstaatsprinzip auferlegt. Vielmehr gebietet es, Chancengleichheit trotz sozial-funktionaler Unterschiede zu schaffen, die eine moderne arbeitsteilige Gesellschaft mit sich bringt (Andre, 1990; Bieback, 1987). Eine in allen Verteilungsfragen gleiche Gesellschaft ist zudem utopisch.

Wirklich gegeneinander abzuwägen sind die beiden Handlungsalternativen **(2)**, dem Festhalten an dem **bisherigen Konzept der Tabakpräventionspolitik** mit vornehmlichen Ansatz am individuellen Handeln des Rauchers, und **(3)**, der Verpflichtung, ursachenbezogene und **verhältnispräventive Settingmaßnahmen** im sozial benachteiligten Milieu zur effektiven Förderung des Nichtrauchens zu ergreifen.

Zurzeit stellt die staatliche Präventionspolitik allein auf die Entscheidung des Rauchers ab, die abgeändert werden soll.

Eine Aufarbeitung der Gründe für diese Entscheidung zu rauchen, sehen diese Bemühungen um das Nichtrauchen (noch) nicht vor. Soziale Unterschiede werden im Ergebnis vom GG zwar zugelassen. Entscheidend ist aber nach dem GG die staatlich zu schaffende **tatsächliche Chancengleichheit** aller Menschen, durch eigene Leistung den angestrebten Stand in der Gesellschaft zu erreichen. Dies gilt auch für die Gesundheit, die zu den vitalen immateriellen Gütern der Gesellschaft zählt.

Kurz gesagt:

Durch eigene Leistung muss die gleiche Chance bestehen, ein gesundes Leben zu führen oder zu erhalten.

Insofern spräche schon diese Wertung für die Annahme, dass allein verhaltenspräventive Maßnahmen ausreichen, den Schutzanspruch auf körperliche Unversehrtheit hinreichend zu erfüllen. Denn jeder könne ja selbst entscheiden, ob den Schutz der Präventionsbemühungen gegen die Gefahren des Rauchens in Anspruch annehmen will oder nicht.

Der Argumentation steht aber nach der hier vertretenen Ansicht der **Verursachungszusammenhang** zwischen der sozialer Benachteiligung und der Rauchentscheidung entgegen.

Soziale Benachteiligung wird nicht nur vom Staat verursacht, er duldet auch wissentlich, dass durch das Belassen der Menschen in diesen Lebensumständen als **gesicherte Folge ein ungesunder Lebensstil** hervorgeht, der sich untrennbar aus den dort vermittelten Kompetenzen ergibt.

Eine Chancengleichheit durch eigene Leistung Nichtraucher zu werden, setzte vor allem Leistungsvermögen der eigenen Gesundheitskompetenzen voraus. Und eben diese zu entwickeln, lässt der Staat als verursachender Dulder der sozialen Benachteiligung bei den von ihr Betroffenen nicht zu.

Die Gesellschaft verhält sich unglaublich, wenn sie vorgibt, den ungesunden Lebensstil, wie das Rauchen, nicht zu wollen, aber die Milieus, die dieses Verhalten durch Lebensumstände und Persönlichkeitsentwicklungen hervorbringen, weiterhin bejaht.

Für die Beurteilung, wie der Staat gegen die **milieuverursachten Gesundheitsschädigungen** einschreiten müsste, sollten außerdem Schwere der

Beeinträchtigung für das Grundrecht und die Frage der Art der Abhilfe mit herangezogen werden.

Der hohe **Schweregrad der Beeinträchtigung des Grundrechtes** auf körperliche Unversehrtheit ergibt sich durch die in Kapitel 1 bereits erläuterten schweren Folgen für die Gesundheit, durch die erheblichen Folgen für die Volkswirtschaft sowie für die soziale Entwicklung der Gesellschaft insgesamt.

Um der Gefahr durch den Tabakkonsum für die Gesundheit wirksam zu begegnen und die körperliche Unversehrtheit auch für die Menschen zu gewährleisten, die sich nach Prägung ihres Umfeldes vermehrt gegen das Nichtrauchen, durch Zuweisung der sozial prekären Lage, stellen, bedürfte es einer effektiven Gegensteuerung.

Die Lebensumstände sozial benachteiligter Personen nehmen Ressourcen in Anspruch, die sie eigentlich bräuchten, um die bereits angebotenen verhaltenspräventiven Maßnahmen zu nutzen.

Wenn man zwar das Recht und das Wissen hat, sich gesundheitsfördernd zu verhalten, aber dies durch soziale Umstände erschwert umsetzen kann, handelt es sich wohl nicht um eine nutzbare positive **grundrechtskonforme Freiraumschaffung im Sinne einer Chancengleichheit**. Henkel fordert in dieser Hinsicht für die Effektivität von Präventionsmaßnahmen, dass effektives Handeln gegen den Tabakkonsum durch den Staat auch Lebensumstände voraussetzt, die ein gesundheitsförderliches Verhalten in den benachteiligten Milieus zulassen (Henkel, 2000: 177).

Mit einem Beispiel möchte ich diesen Zusammenhang abstrakt von der Tabakkonsumproblematik verdeutlichen. Die Strukturen der Haltung des Staates bleiben dabei die gleichen.

Wie wäre es zu beurteilen, wenn im Rahmen des Immissionsschutzes vor Strahlungsschäden die Werte in sehr großem Abstand zu den verursachenden Anlagen gemessen würden, so dass die Normwerte demzufolge immer erfüllt wären. Die wirklich gefährdete Bevölkerung im direkten Strahlungsbereich der Anlage bliebe damit von vorneherein außen vor. Ihre Strahlenbelastung könnte ein Vielfaches der zulässigen Dosis betragen, ohne dass eingeschritten werden müsste. Die fernen Messpegel signalisierten dem Staat, dass er mit Kontrollen und Schutz alles richtig mache. Und wie stände man dann zu der vertretenen Ansicht der Gesellschaft, es stünde den betroffenen Menschen ja frei, jederzeit in die nicht

belasteten Gebiete umzuziehen. Sie setzten sich damit aus freiem Willen der hohen Strahlung selber aus, an der sie letztlich erkrankten und frühzeitig sterben.

Es leuchtet nach diesem Beispiel ein, dass die **Ursachenbeachtung** bei der Ausfüllung einer Schutzpflicht essentielle Grundlage des Handelns sein muss, um einen wirklich effektiven Grundrechtsschutz vor Beeinträchtigungen von Staats wegen zu gewährleisten. Von vorne herein die akut gefährdeten Personen „auszuklammern“, und ihnen eigenes „Verschulden“ vorzuwerfen, dass sie die angebotenen Schutzmöglichkeiten nicht nutzen (können), kann nach dem GG nicht akzeptiert werden. Grundrechte gelten für alle, ohne einen sozialen Vorbehalt.

Ein derartiges staatliches Verhalten würde im Fall des Immissionsschutzes vor Strahlungsschäden, anders als beim Schutz vor den Gesundheitsgefahren infolge der sozialen Lage, nicht hingenommen werden. Grundrechte als Schutznormen entfalten je nach Gefährungsgrad und Ursachen verschiedene Handlungsanweisungen (BVerfGE 49, 89/142). Warum sollte ausgerechnet bei dem größten Einzelschädigungsfaktor für die Gesundheit der Bevölkerung etwas anderes gelten als bei anderen Gesundheitsgefährdungen?

Es ist demnach nicht zu fordern, dass der Staat irgendetwas gegen den Tabakkonsum veranlasst, sonst wäre eine völlig unsinnige Intervention schon ausreichend als Schutzpflichtenerfüllung. Sondern es ist zu fordern, dass der Staat **Wirksames veranlasst**, den Freiraum, den das Grundrecht schützt, positiv zu schaffen. Der Träger des Grundrechtes muss von der Freiheit, körperlich unversehrt zu sein und zu bleiben, infolge der gesellschaftlichen Intervention Gebrauch machen können. Und gerade dies ist bei Rauchern aus sozial benachteiligten Milieus durch alleinige verhaltenspräventive Maßnahmen zur Nichtraucherunterstützung wegen ihres sozialisierten Gesundheitsverhaltens nicht möglich.

Die Verhaltensprävention wäre erst dann auch in sozial benachteiligten Milieus wirksam, wenn Rauchen wirklich nur eine freie Willensentscheidung wäre, die nicht von sozialen Faktoren abhinge.

Erst unter dieser Annahme wären verhaltenspräventive Maßnahmen allein ausreichend, eine positive Nutzungsmöglichkeit des Schutzbereiches des Artikels 2 GG zu schaffen und stellen eine wirksame Wahl innerhalb der Handlungsalternativen in der Grundrechtsgewährleistung dar.

Eine grundrechtskonforme Schutzpflichtenerfüllung gegenüber sozial Benachteiligten, die zum vom GG geforderten positiven Gesundheitsschutz auch für sozial

Benachteiligte unter den Rauchern führen soll, muss daher auch verhältnispräventive Maßnahmen einbeziehen, um einem sozialen Problem, wie das des Rauchens, als Grundrechtsbeeinträchtigung präventiv zu begegnen.

Da Rauchen unter anderem eine Lebensbewältigungskompetenz in Anpassung an der Umfeld darstellt, können sozial Benachteiligte ohne **Veränderung der verursachenden Lebensumstände**, auf die ungesunden Kompetenzen, wie das Rauchen, kaum verzichten, ohne eine andere ungesunde Verhaltensweise als Ersatz zu entwickeln. Zudem verfügen die meisten Raucher von vorn herein über die Fähigkeit, die Gesundheitsgefahren auszublenden, dessen instrumentellen Nutzen für ihr Leben aber hoch einzuschätzen (Hurrelmann, 1998; Hurrelmann & Unverzagt, 2000)

Eine nicht ursachenbezogene Vorgehensweise nach der Handlungsalternative (2) kann demzufolge schwerlich eine grundrechtskonforme Wahl einer Handlungsalternative durch den Staat sein. Sie führt zu keiner positiven Nutzungsmöglichkeit des Freiraumes der körperlichen Unversehrtheit für sozial Benachteiligte in der Gesellschaft.

Diese heutige Präventionspolitik macht die Hilfe zum Nichtraucher im Ergebnis von sozialen Determinanten abhängig, was nach dem GG gerade nicht sein darf. Ein bloßes **allgemeines Risikovermindern** als effektive Freiraumgestaltung reicht nicht aus, wenn die faktische Möglichkeit, den Freiraum, hier das rauchfreie gesündere Leben, zu nutzen, nicht gleichzeitig durch Lebensverhältnisse, die das auch auf Dauer zulassen, verbessert wird.

Der Staat bleibt mit der allein verhaltenspräventivbasierten Gestaltung der Prävention unter dem zurück, was wegen des Verursachungszusammenhangs zwischen Lebensverhältnissen und Gesundheitsverhalten erforderlich wäre, körperliche Unversehrtheit in Bezug auf den Tabakkonsum bei sozial Benachteiligten positiv zu gewährleisten. Grundrechte stehen schließlich nicht unter dem **Vorbehalt eines bestimmten sozialen Niveaus**.

Dies entspricht auch dem Menschenbild des GG. Den Menschen sieht das GG als soziales Wesen, das sich nur innerhalb der Gemeinschaft gesund entwickeln kann (Stern, 1988: III 1 Vorb. 1).

Nur in der Entwicklung beider, der Gemeinschaft und des Individuums, ist das Ziel staatlicher Entwicklung zu sehen, weil beide in ihrer positiven Entfaltung von einander abhängig sind. Wenn der Mensch einen Anspruch auf Schutz vor

gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat, dann als Mitglied der Gemeinschaft innerhalb der Gemeinschaft. Verhältnispräventive Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensverhältnisse innerhalb der Gesellschaft und damit Verbesserung für das Individuum entsprechen diesem Anspruch, das Eine nicht ohne das Andere zu sehen. Dass gleiche Behandlung aller sozialen Umstände eben nicht gleich Chancengleichheit bedeutet, zeigt abschließend ein Beispiel.

Wenn die einer Gruppe von Menschen gestellte Aufgabe, auf einen Baum zu klettern, Chancengleichheit sicherstellen soll, reicht es auch nicht aus, dass der Baum für jeden erreichbar ist. Eingedenk der Zusammensetzung der Gruppe aus Elitesoldaten, Sportlern, Rollstuhlfahrern, Senioren und Schwangeren würde auch niemand behaupten, die zurückbleibenden Mitglieder der Gruppe hätten die gleichen Chancen wie die Elitesoldaten oder Sportler, nur weil sie vor der gleichen Aufgabe standen.

Was im **Bereich der Behindertenförderung** schon lange praktiziert wird, die unterschiedlichen Bedürfnisse in der Lebensgestaltung in die Förderung verbindlich mit einzubeziehen, müsste auch in Fragen der sozialen Förderung berücksichtigt werden. Schließlich könnte man bei sozial benachteiligten Rauchern auch von einer „Behinderung“ sprechen, die sie zu verhinderten Nichtraucherern macht.

Im Ergebnis ist im Einklang mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Menschenbild des GG, den Menschen als soziales Wesen zu sehen, der Alternative (3) den Vorzug zu geben. Dass der Staat auch die Ursachen des Rauchens in die Präventionsbemühungen mit aufnehmen muss, um seiner Verpflichtung auf positiven Grundrechtsschutz nachzukommen, bleibt das Ziel eines grundrechtskonformen Schutzanspruchs auf Nichtrauchen.

3.3.3 Zwischenergebnis zum Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 II GG

Im zurückliegenden Kapitel wurde ein Anspruch auf Schutz der körperlichen Unversehrtheit nach Artikel 2 II GG für sozial Benachteiligte unter den Rauchern beleuchtet.

Inhalt des Schutzanspruches aus dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ist die **Schaffung einer positiven Chancengleichheit** in der Gesundheitsgestaltung.

Durch Erhöhung der schützenden Kompetenzen, wie beispielsweise Bildungsförderung als besserer Schutz vor Arbeitslosigkeit, wäre auch jenen Personen, die bis jetzt noch sozial und deshalb gesundheitlich benachteiligt sind, die reelle Chance auf ein gesünderes, rauchfreies Leben eröffnet. Da man Kompetenzen prozeßhaft im Laufe der Entwicklung erwirbt, ist dazu **ein begleitendes Fördern im Setting** zum Erreichen der Chancengleichheit als Erfüllung der Schutzpflicht aus Artikel 2 II GG neben einer verbesserten Lebenssituation für die Betroffenen notwendig.

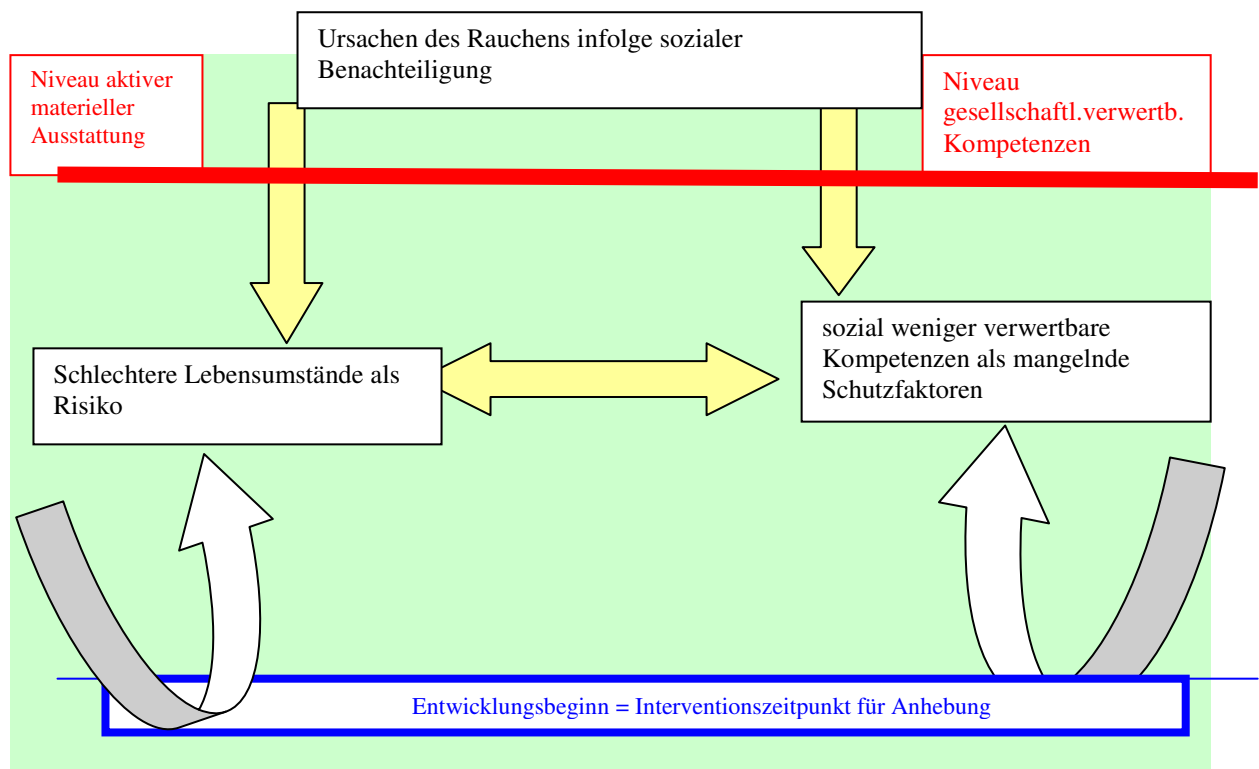
Punktuelles Vorgehen innerhalb eines Prozesses könnte nur sinnvoll sein, wenn diese Intervention die Entwicklung nachhaltig verändern würde, d.h. die bewirkenden Faktoren abschaltete. Bei den mannigfaltigen Wechselwirkungen ist das bei der Nichtraucherförderung bei sozial Benachteiligten aber gerade nicht der Fall.

Durch aktives **Ersetzen von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen**, neben der Durchbrechung des Zusammenwirkens von negativen sozialen Lebensbedingungen und Kompetenzentwicklung, könnte die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit auf die Gesundheit durch Umkehrung der Ursachen neutralisiert werden. Am Ende dieser Intervention stünde dann erst die gesundheitliche Chancengleichheit, die zu schaffen vom Grundrecht aus Artikel 2 II GG gefordert wird.

Dabei wird impliziert, dass erst ab einem sozial erforderlichen Mindestkompetenzgerüst in einer sozial weniger prekären Umgebung ein relativ chancengleiches Leben in der Gesellschaft möglich ist, und der Tabakkonsum erst dann eine der Verhaltensprävention zugängliche gesundheitliche Selbstgefährdung darstellte. Ein Umstand, der die alleinige Erreichbarkeit mit Mitteln der Verhaltensprävention verhindert. Denn ein Wegfallen des Rauchens würde früher oder später mit anderen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen angefüllt werden, um die unverändert gleich schlechte Lebenssituation zu meistern.

Das nachfolgende Schaubild stellt den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit, Rauchen und den erforderlichen Interventionen nach dem Schutzanspruch aus Artikel 2 II GG graphisch dar.

(Schaubild 26: Wechselwirkungen von sozialer Lage, Kompetenzentwicklung und Effekte der Kompetenzförderung)



Als Interventionszeitpunkt für die Angleichung der Kompetenzen müsste dann begonnen werden, wenn die unterschiedliche Kompetenzentwicklung bei Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus einsetzt. Ein Mensch lernt zwar lebenslang, aber wichtige für das gesamte Leben **prägende Phasen** finden in der frühen Kindheit und Jugend statt (Pinquart & Silbereisen, 2004: 63; Schnabel, 2004: 283f). In diesen Phasen müssen grundlegende Lebenskompetenzen erworben werden. Sie können später nur schwer nachgeholt oder revidiert werden. Alle späteren Zeitpunkte wären im Sinne des Grundrechtsschutzes durch Chancengleichheit in der Nutzung der garantierten Freiheit der körperlichen Unversehrtheit nur Schadensbegrenzung.

Bei Hradil und bei Geißler sind die Folgen einer verspäteten Förderung im Bildungswesen beschrieben, die zwar den sozial Benachteiligten zu Gute kommen sollte, aber diejenigen förderte, die der Förderung gar nicht bedurften (Geißler, 2006; Hradil, 2005). So war infolge der Bildungsoffensive in den 1970er Jahren zur sozialen Angleichung der Studienmöglichkeit eine Abschaffung der Studiengebühren beschlossen worden. Allerdings konnte der spätere Interventionszeitpunkt in Form von Studiengebührenfreiheit wenig ausgerichtet werden, wenn die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung sich schon wesentlich früher im Lebenslauf auswirken (Geißler, 2006: 283ff). Der Anteil der Arbeiterkinder an Universitäten stieg proportional

wenig an. Denn sie schieden schon viel früher, meist in der Grundschule, schon aus dem Aufstieg zu höherer Bildung aus (Hradil, 2005: 154f).

Und da sich aus dem Schutzanspruch aus Artikel 2 II GG eine Verpflichtung der positiven Nutzungschance der Freiheit von körperlicher Versehrtheit durch den Tabakkonsum ergibt, sollte der Anspruch eben auch das **Recht auf den Interventionszeitpunkt** entwicklungsbegleitend ab der frühen Kindheit beinhalten. Andernfalls könnte sich keine gesundheitsfördernde Kompetenz, die die Abkehr von der Kompetenz „Rauchen“ ermöglichen würde, bilden.

Die Beeinflussung der Entstehungsbedingungen im Setting zur Zeit der Entstehung der Lebenskompetenzen könnte daher im Sachzusammenhang als Annex vom Anspruch auf effektiven Grundrechtsschutz nach Artikel 2 II GG gesehen werden.

Aus der Pflicht der Schaffung positiver Chancen auf körperliche Unversehrtheit sozial Benachteiligter ergeben sich damit in Erfüllung des Schutzbereiches folgende Teilansprüche.

Der Hauptanspruch der sozial Benachteiligten auf Schutz ihrer Gesundheit nach Artikel 2 GG umfasst die Schaffung von sozialen Lebensbedingungen, die eine gesundheitsfördernde Kompetenzentwicklung zulassen.

Diese Kompetenzen zur Alltagsbewältigung sind danach zu fördern, da sie sich im sozial weniger benachteiligten Umfeld etablieren können. Letztlich, da es um Entwicklung der Lebensumfelder und der Kompetenzen geht, besteht zur Erfüllung des staatlichen Schutzanspruchs auf positive Nutzung der Freiheit von körperlicher Unversehrtheit auch das Recht, dass der Interventionszeitpunkt entsprechend der Entwicklung gewählt wird.

Aber es bestehen noch andere rechtliche Möglichkeiten, einen Anspruch der sozial Benachteiligten zu untermauern. In einer Demokratie dürfen Abwehrrechte gegenüber staatlichen Interventionen nicht außer Acht gelassen werden. Diese können im Ergebnis bei überwiegendem Interesse eine Realisierung der Rechte sozial Benachteiligter verhindern.

Über das Recht auf effektiven Schutz der Gesundheit hinaus könnte sich ein Anspruch der sozial Benachteiligten gegen den Staat auf ursachenbezogene Prävention aus einem Recht auf rechtliche Gleichstellung nach Artikel 3 I GG ergeben. Dies soll im nächsten Kapitel erörtert werden, ob die sozial Benachteiligten ihren **Anspruch auf lebenslagenbezogene Prävention** ebenso aus dem Gleichbehandlungsgebot des Artikel 3 I GG stützen können. Sowohl der Anspruch

aus Artikel 2II GG als auch ein möglicher Anspruch auf ursachenbezogene Prävention nach Artikel 3GG, dem Recht auf (Un-)Gleichbehandlung, müssten den Abwehrrechten aus dem GG, die anderen Rechtsträgern zustehen könnten, als vorrangig standhalten. Deshalb stelle ich im Anschluss der Erörterung eines Rechtes auf Ungleichbehandlung in der Prävention aus Artikel 3 GG, alle einschränkenden Gegenansprüche gegen die Förderung sozial Benachteiligter, die für beide Schutzansprüche gleichermaßen gelten würden, als eigenes Unterkapitel dar.

3.4 *Anspruch auf Gleichstellung aller Raucher nach Artikel 3I GG*

Neben einem Recht auf lebenslagennahe Prävention, das auf Artikel 2 GG gestützt werden kann, besteht möglicherweise auch ein Anspruch auf Gleichstellung nach Artikel 3I GG, mit den „erfolgreichen“ Nichtraucher aus nicht sozial benachteiligten Milieus.

Soziale Unterschiede allein sind zwar kein Grund für rechtliche staatliche Intervention. Vorliegend geht es aber um die Betroffenheit der Bürger durch staatliches Verhalten und nicht um die soziale Benachteiligung als solche, die angesprochen werden soll.

Das Bundesverfassungsgericht legte den Verfassungsgrundsatz der rechtlichen Gleichheit vor dem Gesetz erweitert auch in Bezug auf die **Rechtssetzungsgleichheit** aus, und wollte dadurch sicherstellen, dass alle Bürger die gleichen Rechte und Pflichten in der Rechtssetzung und Rechtsanwendung haben sollen ((BVerfGE, 1, 14/ 52).

Im Ergebnis gilt daher ein umfassendes Verfassungsverbot, Ungleiches gleich und Gleiches ungleich in der Rechtssetzung und Rechtsanwendung zu behandeln, weil alle drei Staatsgewalten nach Artikel 1 III GG an die nachfolgenden Grundrechte gebunden sind (Jarass, 2006, zu Art. 3; Krings, 2003: 185f)⁴¹.

Darin liegt der Unterschied zum Ansatz, die soziale Benachteiligung über das Sozialstaatsprinzip direkt anzugehen.

⁴¹ Im Wortlaut des Artikels ist zunächst die Gleichheit in der Rechtsanwendung angesprochen. Allerdings wäre dies in Hinsicht auf die Variationsmöglichkeit der Ungleichbehandlung in der Gesetzgebung ein sehr lückenhafter Schutz. Zu Recht wies das Bundesverfassungsgericht auf die Bindung aller Staatsgewalten nach Artikel 1 III GG hin und bezog so auch die Gesetzgebung mit ein. Aus diesem Grunde stellt sich somit auch die Frage, inwieweit die soziale Benachteiligung innerhalb der Präventionspolitik einfließen darf oder muss, um der Maßgabe des Artikels 3 GG in der Gesetzgebung gerecht zu werden.

Grundrechtliche Gewährleistungsansprüche befassen sich mit den **Auswirkungen der sozialen Ungleichheit** und fragen, ob die Auswirkungen von rechtlichen Normen die zu regelnden Sachverhalte gleich betreffen.

Nun könnte man auch hier argumentieren, die Prävention wende sich an alle Raucher gleichermaßen. Niemand werde rechtlich durch die Regelungen der Tabakpräventionspolitik bevorzugt oder benachteiligt. Die grundlegenden Rechtsnormen der Tabakprävention gälten für alle gleich, der Vollzug dieser Grundsätze machten keinerlei Unterschiede zwischen den einzelnen Rauchern und seiner sozialen Herkunft. Jeder erhielte die gleiche staatliche Unterstützung zum Nichtrauchen, in Form von Aufklärung und Nachfrageminderung, um sich so vor den Gefahren des Tabakkonsums zu schützen. Demnach könne ein Anspruch auf rechtliche Ungleichbehandlung der sozial Benachteiligten unter den (potentiellen) Tabakkonsumenten nicht aus Artikel 3 GG gestützt werden.

Eine derartige schematische Betrachtung des Begriffes „der rechtlichen Gleichstellung“ liefe allerdings dem Normzweck des Artikels 3 GG zuwider. Denn es ist keine schematische wortgleiche Anwendung gefordert, sondern eine **Gleichstellung in der Betroffenheit** der Menschen durch die Anwendung der Rechtsnormen, die der Staat erlässt (Epping, 2006: 282; Pietzcker, 1996) Schließlich kommt es bei der Bewertung der Rechtsbetroffenheit auf die Begriffsbildung und damit auf die Festlegung gleicher Lebenssachverhalte an, die durch eine gleichlautende Normsetzung erfasst bzw. geregelt werden sollen (Jarass, 2006: zu Art. 3).

Der Fokus liegt nicht bei der schematischen Anwendung der Normen, sondern beim Blick auf die Auswirkungen der Interventionen. Und da kann es trotz gleicher Vorgehensweise zu erheblichen Unterschieden in den Konsequenzen für unterschiedliche Personen kommen.

Aber zuvor muss ein grundlegendes Problem der Gleichheitsrechte in ihre Funktion als Schutzanspruch gegenüber dem Staat geklärt werden. Normieren sie überhaupt eine konkrete Pflicht des Staates zur Gleichstellung tätig zu werden.

Pflicht des Staates zur Gleichstellung tätig zu werden.

Ein grundlegendes Problem im Unterschied zu den Freiheitsrechten liegt im konkreten Auftrag an den Staat, überhaupt rechtssetzend zur Gleichstellung tätig zu werden. Ein konkreter Auftrag des GG zur Gleichstellung, wie ihn zum Beispiel

Artikel 3 II GG zur Gleichstellung von Mann und Frau vorsieht, fehlt beim Artikel 3 I GG, dem allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz (Sachs, 1996: 309; Sachs 1997; Martini, 1997)

Ob der Artikel 3 III GG, dem **Benachteiligungs- und Bevorzugungsverbot** wegen der sozialen Herkunft, konkrete Schutzpflichten eröffnet, ist ebenfalls umstritten.⁴²

Nach allgemeiner Ansicht normiert der Gleichheitsgrundsatz zwar keine Verpflichtung des Staates, erstmalig ein bestimmtes Maß an Gleichheit in der Gesellschaft zu verwirklichen (Dietlein, 1992; Krings, 2003). Allerdings richtet sich der Auftrag an den bereits tätig gewordenen Staat. Der dritte Absatz des Artikels 3 GG wird dann als Differenzierungsverbot betrachtet, das Gründe festlegt, nach denen keine Ungleichbehandlung gerechtfertigt werden darf (Sacksofsky, 1996).

Einer dieser verbotenen Differenzierungsgründe ist die soziale Herkunft.

Ein Anspruch auf ein bestimmtes erstmaliges Verhalten oder eine bestimmte **erstmalige gesetzliche Regelung**, wie er bei den Freiheitsrechten allgemein angenommen wird, ist bei den Gleichstellungsrechten umstritten (Dietlein, 1992; Sacksofsky, 1996). Davon ausgenommen sei die Gleichstellung von Mann und Frau. Ihre Gleichstellung ist nach dem Wortlaut des Artikels 3 I GG staatlicher Rechtssetzungsauftrag.

Hätte die deutsche Gesellschaft bis dato noch nichts gegen den Tabakkonsum veranlasst, rechtlich nichts mit dem Ziel der Nichtraucherförderung geregelt (Rauchverbote, Aufklärungskampagnen der DHS u.v.m.), so müsste dieser Meinungsstreit, ob Artikel 3 GG einen **Anspruch auf erstmaliges rechtliches Tätigwerden** durch staatliche Regelung enthält, entschieden werden.

Aber im vorliegenden Fall der Tabakprävention kommt es auf den Streitpunkt letztlich nicht an, wenn der Staat bereits rechtliche Normen und Zielsetzungen zur Raucherprävention erlassen hat. Der Staat also bereits den Sachverhalt „Hilfe zum Nichtraucherwerden oder -bleiben“ geregelt hat. In diesem Fall bestände gegebenenfalls ein Anspruch auf gleichbehandelnde Nachbesserung.

Es bleibt aber das Problem, dass in der aktuellen Tabakpräventionspolitik noch keine Regelungen über eine lebenslagenbezogene Prävention zu Gunsten sozial Benachteiligter unter den Rauchern getroffen wurden. Dieser Aspekt ist, wie oben

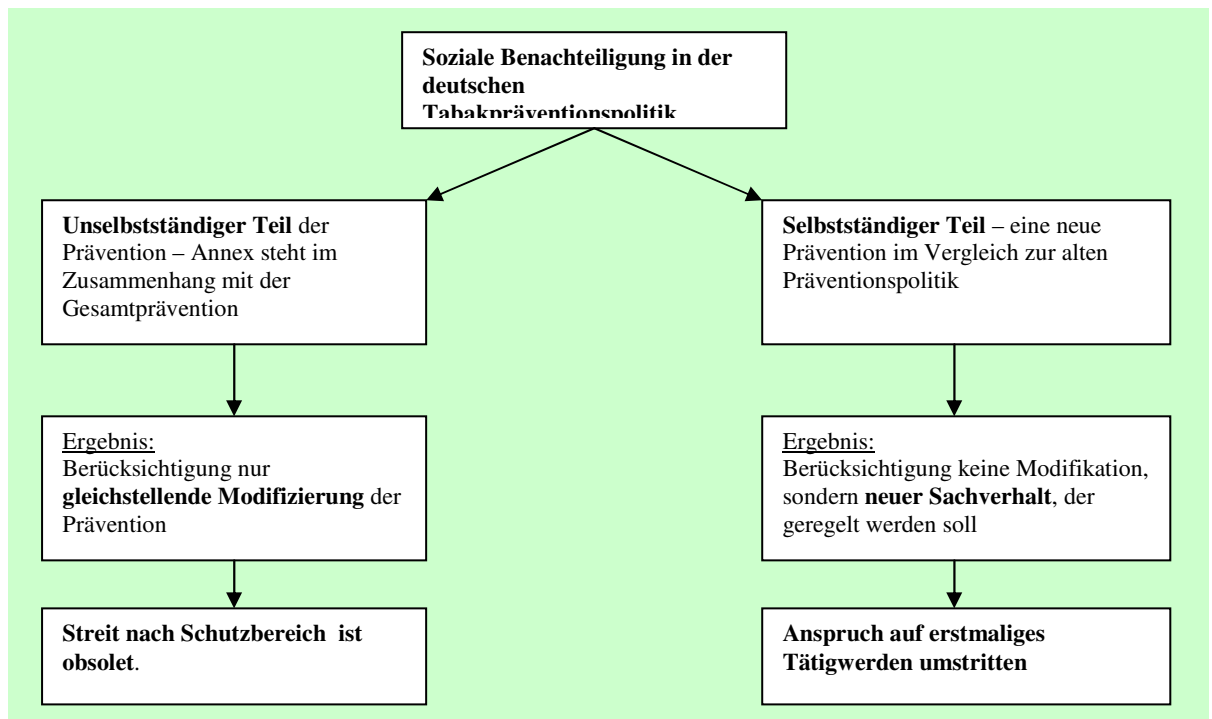
⁴² Praktisch wird dieser Streit vor allem, wenn keine eigene Besserstellung gefordert wird, sondern eine fremde Schlechterstellung. Auch die Einwirkungspflicht auf Privatrechtssubjekte ist umstritten, allerdings ist der Streit obsolet, handelt der Staat selbst. Er ist im Falle eines rechtlichen Handelns an die Gleichheitsgrundsätze gebunden (Epping, 2006: 182; Jarass, 2006: zu Art. 3).

dargestellt, in der deutschen Tabakpräventionspolitik noch nicht aufgegriffen worden.

Gilt diese Variante der ursachensensiblen Verhältnisprävention als erstmalige (völlig neue) Regelung innerhalb der Tabakprävention oder als noch zu ergänzender Teil der bereits begonnenen Präventionsbemühungen, obgleich sie einen Paradigmenwechsel erfordert?

Zwei Betrachtungsweisen bieten sich dabei an:

(Schaubild 27: Rechtliche Bewertungen von Ergänzungen in der Tabakpräventionspolitik)



Sieht man die **Präventionspolitik in Deutschland als Gesamtzusammenhang**, so stellt die Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung als Verursachungsfaktor des Rauchens nur **einen unselbstständigen Teilbereich**, einen Annex, zu diesem Gesamtzusammenhang der Tabakpräventionspolitik dar. Damit wäre ein Anspruch aus Artikel 3 GG denkbar.

oder

Sieht man allerdings in der Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung in der Tabakpräventionspolitik einen neuen und selbstständigen Regelungsbereich, der mit dem restlichen Geschehen in der bisherigen Prävention nicht im rechtlichen Zusammenhang steht, so müsste der Streitpunkt, ob Artikel 3 GG einen Anspruch auf gleichstellende (erstmalige) Rechtsetzung normiert, doch entschieden werden.

Beide Ansichten mit ihrer Konsequenz für die Beantwortung der Frage der Berücksichtigung sozialer Ungleichheit in der Tabakprävention werden graphisch im Pfeildiagramm zur Verdeutlichung gegenübergestellt.

Anders als bisher, wäre nicht der willentliche Entschluss zu rauchen Ansatzpunkt der Prävention, sondern die soziale Benachteiligung als gesellschaftlicher Faktor in der Verursachung des Tabakkonsums.

Eines der Ziele wäre dann auch die **Änderung gesellschaftlicher Zustände** durch gesetzliche Maßnahmen, durch gewollte und besondere Förderung sozial Benachteiligter innerhalb ihres Setting (Settingansatz). Und dieser Wechsel im Ansatz der Prävention stellte in der Tat einen neuen Sachverhalt in der Tabakpräventionspolitik dar.

Gegen diese Einordnung der ursachensensiblen Prävention als völlig **unabhängiger Sachverhalt** einer neuen Tabakpräventionspolitik spricht aber, dass es, trotz der angestrebten Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung, nach wie vor um die gleiche Zielsetzung geht. Nämlich die Förderung des gesunden Verhaltens in der Alltagsgestaltung.

Nur die Methode der Prävention werden gemäß der Verursachung dieses schädlichen Gesundheitsverhaltens modifiziert, um auch Menschen aus sozial benachteiligten Milieus vor den Gefahren des Rauchens zu bewahren, deren Entscheidung erheblich von eben diesen sozialen Umständen vorgegeben wird. Sie werden dadurch erst in der Wirkung der Prävention mit den bereits von der Nichtraucherförderung profitierenden Rauchern gleich gestellt sind.

Sinn der Diskussion über den Anspruch auf Gleichstellung ist, dass der Staat nach Artikel 3 I GG, dem allgemeinen Gleichheitsrecht, nicht zu weit mehr ausgleichenden **Initiativregelungen** gezwungen werden soll, als das Sozialstaatsprinzip erfordert (Sacksofsky, 1996; Schieck, 2002: AK 64; Herzog, 2006: MD VIII 40).

Es sollen nur die Konsequenzen der sozialen Unterschiede innerhalb der Nichtraucherförderung angeglichen werden. Damit wird nur eine Lücke, die zur Zielsetzung der Nichtraucherförderung besteht, geschlossen.

Einwände aus dem Sozialstaatsprinzip, der Staat würde zu mehr verpflichtet als der Grundsatz von ihm als Rechtssetzungsauftrag verlange, greifen also nicht.

Außerdem ist der Regelungsinhalt der Tabakpräventionspolitik, die Nichtraucherförderung, der sich als Endziel der Präventionsbemühungen durch den Staat alle Regelungen zuordnen (BZgA, 2002). Das Ziel ist ausschlaggebend für die Festlegung eines staatlichen Aktionsfeldes und nicht eine Änderung bei den Maßnahmen, und sei es, wie hier, ein Paradigmenwechsel der Problemdefinition.

Bei staatlichen Regelungen eines Sachverhaltes, hier der Prävention gegen Tabakrauchen, wäre es deswegen bedenklich, wenn sich der Staat darauf berufen könnte, immer nur die bereits bestehenden Regelungen nach dem Gleichbehandlungsgebot auszurichten und die Lücken in seiner **Mittelauswahl**, die gegen das Gleichbehandlungsgebot verstoßen, nicht schließen müsste.

Ziel der hier bearbeiteten Frage ist nicht der Erlass eines neuen Gesetzespaketes, sondern ein völliges Umdenken bei den Maßnahmen innerhalb eines bereits bestehenden staatlichen Regelwerkes.

Es erscheint sachgerechter, wenn der Staat den gesamten zu regelenden Sachverhalt der Tabakprävention, also auch Aspekte des Gesamtzusammenhangs mit gleicher Zielsetzung, die er (noch) nicht geregelt hat, im Sinne des Gleichbehandlungsanspruches einbeziehen muss. Dann diene das **Gesamtziel der gesetzlichen Regelungen** als Maßstab für die Gleichstellung in der Rechtsbetroffenheit und nicht die einzelne Maßnahme. Verneinendenfalls bliebe der Schutz vor ungleicher Rechtsbetroffenheit in ein und demselben Regelungszusammenhang unvollständig.

Die Fragen nach den sozialen Ursachen des Rauchens und wie diese zu neutralisieren sind, stellen sich sachlogisch immer erst nach der bereits beantworteten Frage, ob man überhaupt aktiv werden will. Der Streit, ob ein Anspruch auf rechtliche Regelungen bestehen kann, bezieht sich allein auf die erste Frage bei einer Regelung, „**Ob**“ überhaupt durch den Staat geregelt werden soll. In der vorliegenden Fragestellung, der ursachenbezogenen Prävention zu Gunsten der sozial Benachteiligten unter den Rauchern konkretisiert sich die Frage nach den Mitteln der Prävention, die bereits mit Zielsetzung vom Staat rechtlich geregelt wird. Die Frage nach dem „Ob“ hat der Staat vor Jahren bereits bejaht. Jetzt steht die Frage nach dem „Wie“, die Frage nach dem Mitteln, an. Diese tangiert den Streit, ob Artikel 3 GG einen Anspruch auf erstmaliges staatliches Handeln normiert, nicht.

Bezogen auf die Tabakprävention zu Gunsten der sozial Benachteiligten bedeutet das:

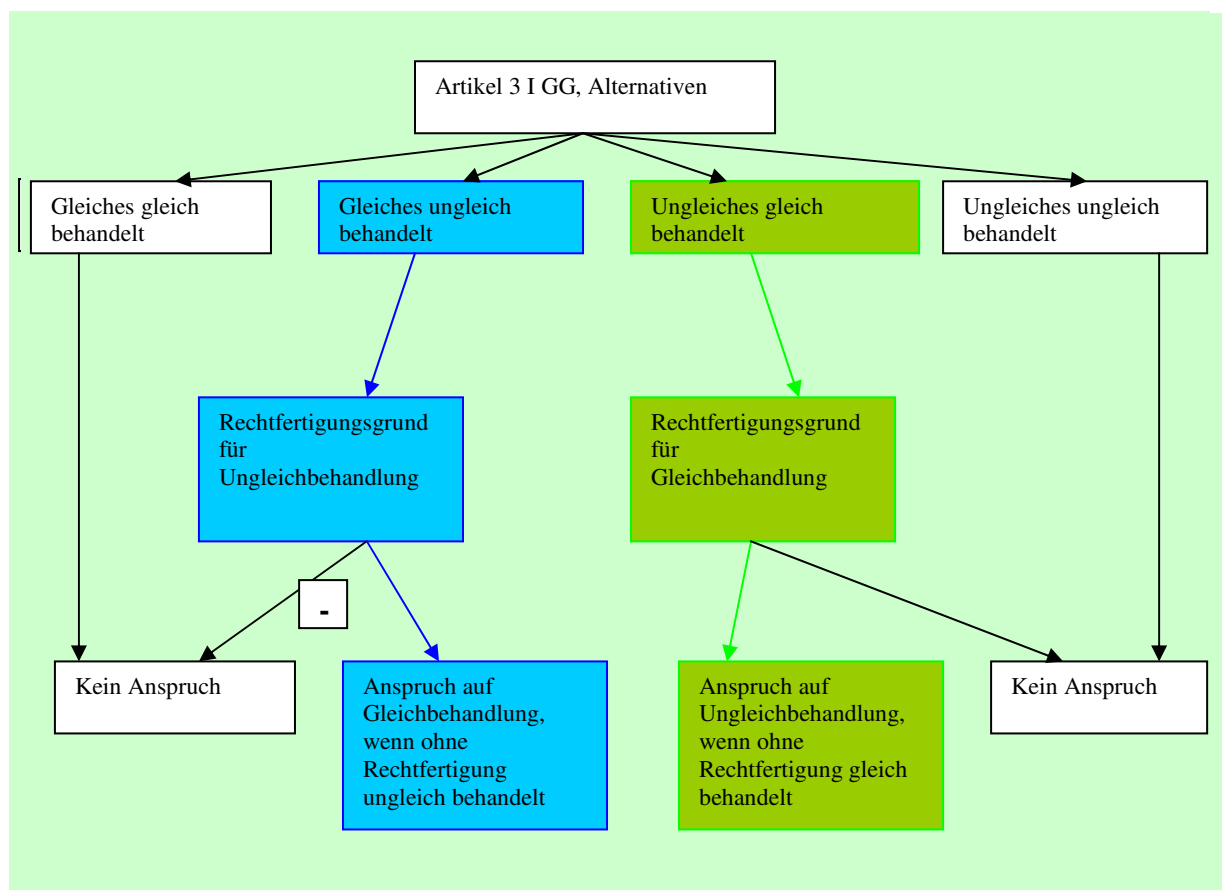
Der Staat, als bereits regelnder Akteur in der Tabakpräventionspolitik, ist an die Grundsätze des Artikels 3 GG gebunden. Er verhilft zahlreichen Rauchern aus nicht sozial benachteiligten Milieus zum Nichtrauchen, so dass sich die Frage nach **Gleichstellung der nicht partizipierenden Raucher** durch die staatliche Prävention stellt. Ein Anspruch auf Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung als Auslöser für den Tabakkonsum innerhalb der Tabakprävention kann sich aus Artikel 3 I GG ergeben, wenn die weiteren Voraussetzungen gegeben sind.

Voraussetzungen eines Anspruches aus Artikel 3 I GG auf Gleichbehandlung

Zunächst bedarf es der **Feststellung einer Ungleichbehandlung**. Dann erfolgt im zweiten Schritt die **Prüfung von Rechtfertigungsgründen** für diese Ungleichbehandlung. Anspruchsbegründend kann aber auch das **Fehlen eines verfassungsgemäßen Differenzierungsgrundes** sein, der nicht mehr innerhalb der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers liegt (Epping, 2006: 284f; Krings, 2003; Pietzacker, 1989).

Eine Übersicht der Struktur des Artikels 3 GG verdeutlicht diese Alternativen graphisch.

(Schaubild 28: Die Voraussetzungen des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes)



Angewendet auf die sozial Benachteiligten unter den Tabakkonsumenten hieße dies: Wenn alle Raucher gleich sind, wegen der gesundheitlichen Gefährdung durch den Tabakkonsum, und werden durch die alle betreffenden Regelungen der Tabakpräventionspolitik auch gleichbehandelt, scheint ein Anspruch aus Artikel 3 GG nicht gegeben. Schließlich entspräche dieser Zustand dem gesetzten Ziel des Gleichheitsrechtes.

Aber an dieser **Gleichheit aller Raucher** kann man zweifeln, weil die Verursachungslage je nach sozialer Lage eine andere ist, und die Präventionspolitik lediglich die Fälle der freien Entscheidung für das Rauchen bzw. gegen das Nichtrauchen abdeckt.

Zu einer Ungleichbehandlung im Sinne des Artikel 3 I GG kommt es, indem etwas Ungleiches gleich (**hier in der Graphik grün**) oder etwas Gleiches ungleich (**hier in der Graphik blau**) behandelt wird (Gubelt, 2000; Jarass, 2006: Vorb. Art. 3).

Dann stellt sich im Anschluss die Frage nach dem Rechtfertigungsgrund für diese Ungleichbehandlung. Erst wenn dieser nicht gegeben ist, kann es zum Anspruch auf eine Gleich- bzw. Ungleichbehandlung durch den Gesetzgeber kommen. Sollte der Rechtfertigungsgrund für die Ungleichbehandlung allerdings bejaht werden, besteht auch kein Anspruch.

Sollten demnach alle Raucher trotz ihrer **Verursachungsunterschiede** durch das soziale Milieu als gleich betrachtet werden müssen, die auch durch die Präventionspolitik alle gleichbehandelt werden, dann gäbe es auch keinen Anspruch auf ursachensensible Prävention von sozial Benachteiligten.

Ebenso wäre es auch, wenn eine Ungleichheit der Raucher wegen der verschiedenen sozialen Milieus vorläge, sie in der Prävention gleich behandelt werden und es für diese Gleichbehandlung von Ungleichen einen Rechtfertigungsgrund gäbe.

Ansprüche auf ursachenbezogene (Verhältnis)-prävention sozial Benachteiligter ergeben sich aus Artikel 3 I GG nur, wenn die Raucher wegen der verschiedenen sozialen Herkunft rechtlich ungleich sind, und durch die Präventionspolitik ohne Rechtfertigung gleichbehandelt werden. Oder umgekehrt, die Raucher sind gleich und werden durch die Prävention ungleich behandelt.

Worin besteht die Ungleichbehandlung der sozial Benachteiligten in der Tabakprävention und wie ließe sich eine solche Ungleichbehandlung rechtfertigen?

Zwei Möglichkeiten stehen dabei theoretisch zur Diskussion.

1. Die sozial Benachteiligten unter den Rauchern sind mit den anderen Rauchern anderer sozialer Herkunft wegen der verschiedenen **Konsumgründe** rechtlich nicht gleichzusetzen, werden aber trotz ihrer Unterschiedlichkeit ohne Rechtfertigung gleich in der Präventionspolitik behandelt.

Oder aber:

2. Die Raucher sind unabhängig von ihrem sozialen Milieu als gleich zu betrachten. Es gibt keinen beachtlichen Unterschied zwischen sozial benachteiligten Rauchern und den Tabakkonsumenten anderer Milieus. Die Ungleichbehandlung könnte dann noch in der gleichen, aber für die sozial Benachteiligten eher **ineffektiven Prävention** liegen. Also die sozial benachteiligten Raucher würden im Erfolg der Prävention ungleich gestellt.

Diese beiden theoretisch denkbaren Alternativen einer Ungleichbehandlung, gleiche Raucher in gleicher Prävention oder gleiche Raucher in ungleich effektiver Prävention, wären die möglichen Grundlagen eines Anspruches aus Artikel 3 GG auf Gleichstellung. Gemeint ist hier die **Modifizierung der Prävention** zur Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung

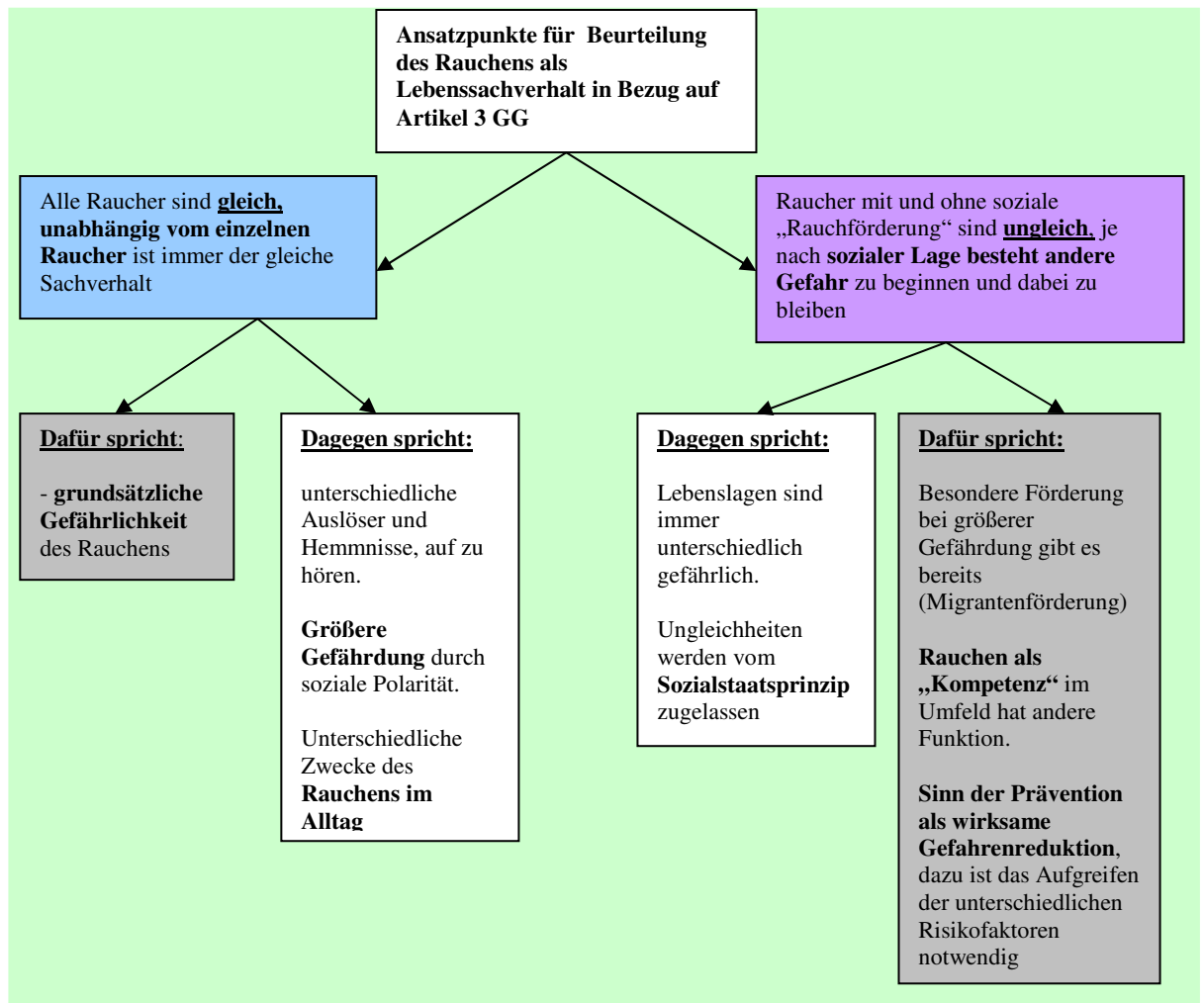
3.41 Raucher – je nach sozialer Herkunft rechtlich ungleiche Sachverhalte?

In erster Linie interessiert das Unterscheidungskriterium des sozialen Milieus, das die Entscheidung zu rauchen oder nicht zu rauchen entscheidend beeinflusst.

In **blau** wird in der folgenden Übersicht die These, alle Raucher sind trotz aller sozialen Unterschiede rechtlich als gleicher Sachverhalt anzusehen, mit pro und contra behandelt.

Dem gegenüber in **lila** steht in der Übersicht die gegenteilige Annahme. Raucher seien eben gerade wegen dieser **sozialen Unterschiede** und der unterschiedlichen Verursachungsstruktur des Konsums als rechtlich ungleich zu behandeln.

(Schaubild 29: Mögliche rechtliche Ungleichheit der Raucher)



Spricht man der blau dargestellten These, der rechtlich gleichen Raucher, zu, so muss man im Anschluss prüfen, ob diese gleichgestellten Raucher durch die Prävention vielleicht ungleich behandelt werden. Verneinendenfalls entfielen dann ein Anspruch aus Artikel 3 I GG. Denn diese Situation, Gleiches wird auch gleich behandelt, entspricht dem von Artikel 3 GG gewünschten Zustand.

Dann könnte der Ansatzpunkt für eine etwaige Ungleichbehandlung in der Prävention allein in der **mangelnden Teilhabe am Präventionserfolg** bei sozial benachteiligten Rauchern im Vergleich zu den Rauchern aus anderen sozialen Milieus zu sehen sein. Aber bevor der Blick schon mit der **blauen These** auf die Prävention selbst gerichtet wird, ist vor allem der **Begriff des Rauchers** an sich näher zu beleuchten. Vielleicht ist die These der „ungleichen Raucher“ argumentativ stärker.

Raucher sind als Präventionsadressaten keine homogene Gruppe, auch wenn das gesundheitliche Risiko durch den Vorgang des Tabakrauchens gleich sein mag (Helmert & Maschewski-Schneider, 1998; Henkel, 1999, 2000). Sie unterscheiden sich erheblich in den Strukturen und Ursachen ihres Konsums je nach sozialer Lebenssituation (Bammann & Helmert, 1995). Deshalb könnten die verschiedenen Differenzierungen der Raucher, von denen eine die sozial benachteiligten Raucher stellen, ungleiche rechtliche Sachverhalte beinhalten, die jeweils andere rechtliche Regelungen erfordern. Zigarettenkonsument könnte z. B. ein **gemeinsamer Obergriff** sein, dem die Raucher mit oder ohne sozial benachteiligte Komponente differenziert zugeordnet werden sollten.

Stimmte man somit nach Diskussion des Für und Wider der anderen These (lila) zu, dass eben dieser soziale Unterschied der Raucher den rechtlichen Unterschied ausmacht, so wären die Raucher nicht als gleicher Sachverhalt anzusehen.

Der Oberbegriff „Raucher“ umfasste dann **Unterteilungen als ungleiche Sachverhalte**, je nach sozialem Milieu und allgemeiner Funktion des Rauchens im Alltag, die zur effektiven Prävention ungleich behandelt werden müssten. Durch die gleich gestaltete Prävention würden diese ungleichen Sachverhalte des Rauchens dann auch rechtlich „ungleich“ behandelt. Ein Anspruch aus Artikel 3 GG auf ungleiche (ursachenbezogene) Prävention für die einzelnen Untergruppen der Raucher wäre bei Vorliegen der weiteren Voraussetzung möglich.

Für die Ansicht, alle Raucher seien trotz unterschiedlicher sozialer Milieus, die zu ihrer Entscheidung zu rauchen beitragen, gleich, sprechen erstens die gleichen Gefahren, die mit dem Rauchen verbunden sind.

Rauchen führt bei allen Rauchern, gleich aus welchem sozialen Umfeld, zu gesundheitlichen Schäden. Und vor diesen gesundheitlichen Schäden, die allen Rauchern gleichermaßen drohen, will die staatliche Präventionspolitik bewahren.

Zweitens spricht eine weitere **Gemeinsamkeit aller Raucher**, die Willensentscheidung, sich zu gefährden, ebenfalls für die Ansicht, dass Rauchen an sich immer den gleichen rechtlichen Sachverhalt abbildet.

Und unterschiedliche Lebenslagen mit entsprechenden Lebensstilen sind unterschiedlich gesundheitsgefährdend, wie das Beispiel von Arbeitslosen zeigt (Kieselbach, 1994; Ekeles & Seifert, 1993, Schach et. al., 1994). So könnte die

ungleiche Betroffenheit der sozial benachteiligten Raucher durch weniger Partizipation am Präventionserfolg mit dem GG durchaus konform sein.

Gegen diese Ansicht, alle Raucher seien gleich, ohne Differenzierung nach sozialer Herkunft, spricht aber die große soziale Polarität des Rauchens.

Es handelt sich zwar bei allen Rauchern um eine willentliche Entscheidung, sich selbst zu gefährden. Doch hängt diese Entscheidung in Entstehung und Konsistenz von den sozialen Umständen ab, unter denen sie entsteht. Diese sozialen Umstände räumen dem Rauchen einen anderen **funktionellen Stellenwert im Alltagsgeschehen** ein, der außerhalb der alleinigen willentlichen Beeinflussbarkeit des einzelnen Rauchers liegt (Henkel, 2000).

Wer rauchen im Alltag unbewusst mit Funktionen belegt, kann nicht einfach durch Willensänderung darauf verzichten, wenn er nicht über Ersatzkompetenzen verfügt. Darin liegt ein Argument, dass es beachtliche Unterschiede zwischen sozial benachteiligten Rauchern und Rauchern anderer Milieus geben muss. Erstere trifft deshalb ein weitaus größeres Gefährdungspotential als Raucher, die durch Willensänderung einfacher dem Rauchen entsagen, weil sie wegen anderem Lebensstil auf andere Kompetenzen zurückgreifen können.

Eine gleiche Gefährdungslage aller Raucher erscheint unter diesem Aspekt auch fraglich. Das Rauchen an sich mag den gleichen Schaden für den einzelnen Raucher hervorrufen. Höher wird die Gefahr für Menschen in einem benachteiligten sozialen Milieu, die eher oder länger rauchen als andere, weil eine akzeptierte bzw. hilfreiche Alltagskompetenz infolge der reduzierten gesundheitlichen Selbstachtsamkeit nicht so einfach abgelegt werden kann (Mielck & Helmert, 1994; Klink, 1993; Statistisches Bundesamt, 1998). Das Risiko, die **Gesundheitsschäden des Rauchens** durch längere Konsumzeiten letztlich doch zu erleiden, ist durch diese Präventionsresistenz im Lebensstil dieser sozialen Milieus größer.

Diese sozialen Ursachen hinter der Willensentscheidung, sich selbst zu schädigen, bleiben auch bei einer (präventionsbedingten) Willensumkehr zum Nichtrauchen weiter wirksam.

Schließlich kann man auch den **Sinn der Prävention** als weiteres Argument für die Auffassung anführen, dass Raucher nicht gleich sind.

Das Ziel der Prävention liegt darin, das gesundheitliche Risiko des Rauchens bei den Rauchern oder potentiellen Rauchern effektiv durch Fördern des Nichtrauchens zu senken (BZgA, 2002). Deshalb ist eine Berücksichtigung der hinter der

Raucherentscheidung stehenden Motive unerlässlich für das Erreichen dieser Zielvorgabe.

Der Begriff „Raucher“ allein als willentlich, von sozialen Verursachungen unabhängig, Inhalierender, kann gemäß der Zielvorgabe der Prävention nicht undifferenziert, unter einem einzigen (homogenen) rechtlichen Sachverhalt subsumiert werden.

Da die soziale Polarisierung des Rauchens das zu verhindernde Risikoverhalten, dessen Gefährlichkeit und dessen **Funktion im Alltag für die Personen** aus verschiedenen sozialen Milieus unterschiedlich ist, kann eine sinnvolle Grundlage für eine risikomindernde Prävention nur von unterschiedlichen Sachverhalten ausgehen.

Letztlich ausschlaggebend für die Meinung, dass Raucher keine homogene rechtliche Gruppe sind, sondern vielmehr je nach Verursachungslage unterschiedliche Sachverhalte darstellen, die durch unterschiedliche (ungleiche) Prävention risikogemindert werden müssten, entsteht aus den **Resultaten der Prävention** selbst. Verhielte es sich nicht so, wie es die Präventionspolitik in Deutschland unterstellt, dass Raucher alle gleich seien, dann müssten alle Raucher, da sie alle gleichermaßen nur durch soziale Umstände unabhängige, willentliche Entscheidung Raucher sind, auch den gleichen Profit aus den jahrelangen Präventionsaktionen des Staates ziehen. Sie müssten durch die gleiche Präventionspolitik, die diese lebenslagenunabhängige Willensentscheidung zu rauchen angehen und abändern will, trotz unterschiedlicher sozialer Lebensverhältnisse annähernd gleiche Resultate zeigen.

Das ist es aber doch gerade nicht. Ein Teil der Raucher profitiert, weil durch die Präventionsmaßnahmen, die allein den Willen zu rauchen beeinflussen wollen, ihre Konsumursachen neutralisiert werden.

Ein anderer Teil, der aus sozial benachteiligten Milieus entstammt, profitiert auf die Gesamtheit betrachtet, erheblich weniger, weil die Präventionsmaßnahmen hier nicht greifen. Obgleich sie rauchen, stellen sie wohl einen anderen nicht identischen Regelungssachverhalt für die Prävention dar.

Raucher sind daher ungleich, je nach dem, aus welchen **sozialen Verursachungsgründen** sie rauchen. Das zeigen letztlich die Resultate der Verhaltensprävention.

In anderen Förderungsfällen hat der Gesetzgeber das schon anerkannt, dass trotz einer gleichen Äußerlichkeit bzw. eines gemeinsamen Oberbegriff ungleich zu regelnde Sachverhalte vorliegen können.

Im Rahmen der Migrantenförderung werden besondere Förderprogramme für jugendliche Personen mit Migrationshintergrund etabliert. Diese Personen sind zwar alle Jugendliche, aber dennoch anders, und damit ungleich zu anderen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Sie werden deswegen auch anders innerhalb der Jugendförderung gemäß ihrem besonderen Bedarf unterstützt. Diese Jugendlichen aus Migrantenfamilien werden eben nicht über einen rechtlichen Kamm mit den anderen Jugendlichen geschoren, nur weil sie jugendlichen Alters sind.

Differenzierungsfaktor, trotz der äußeren Zugehörigkeit zu den Jugendlichen, ist der Migrationshintergrund mit all seinen sozialen Benachteiligungen, also ihre Lebenslage. Sie entscheidet auch über ihre schlechteren Chancen.

Bei den Rauchern erscheint dies ähnlich.

Sie differenziert auch die **soziale Verursachung der Rauchentscheidung** bei der gesundheitlichen Benachteiligung im Vergleich zu Rauchern anderer sozialen Milieus. Nur, dass bei ihnen noch keiner die Benachteiligtenförderung in die Raucherprävention für notwendig erachtet hat, wie es bei den Migranten jetzt erfreulicherweise der Fall ist.

Leistungen, die eigens für sie eingerichtet werden und Unterstützungsmaßnahmen, die die Verhältnisse entscheidend von **Kompetenzbehinderung in Kompetenzförderung umkehren**, wären ebenso die Ziele der Nichtraucherförderung bei „Benachteiligungshintergrund“.

Wie sich zeigt, sind zu regelnde Sachverhalte deswegen noch lange nicht gleich, nur weil die Personen alle Jugendliche, Arbeitnehmer, Hundebesitzer, Greise oder Raucher sind⁴³.

Im Zuge der rechtlichen Gleichstellung sollten sozial benachteiligte Raucher nicht anders behandelt werden als Jugendliche mit Migrationshintergrund, um sie mit den anderen Rauchern in der Effektivität der Nichtraucherförderung gleichzustellen.

⁴³ Alle Greise sind alt, aber nicht alle deswegen pflegebedürftig. Sie alle gleich zu behandeln, ungeachtet ihres Zustandes wäre verfassungswidrig. Niemand käme auf die Idee, einen vitalen Menschen nur weil er alt ist, in ein Bett mit Bettgitter zu legen und mit Vorlagen zu wickeln. Alte sind ungleich. Viele verschiedene Sachverhalte lassen sich, wie beim Begriff des Rauchers, darunter subsumieren, die alle einer anderen Regelung bedürfen. Ebenso: Hundehalter, bei denen differenziert man auch zwischen Kampfhundebesitzer und normalem Hundeeigner.

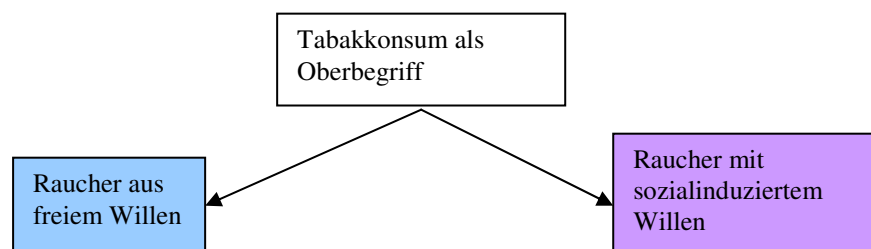
„Raucher“ darf dabei nur ein Oberbegriff, der **verschiedene Lebenssachverhalte** mit verschiedenen Bedürfnissen und Erfordernissen bei der Förderung sein.

Allein orientiert am äußeren Geschehen, dem willentlichen Inhalieren von Tabak, entstehen mindestens zwei ungleiche Lebenssachverhalte, die nur unterschiedlich im Präventionsansatz effektiv zugänglich sind.

Erstens sind da die Raucher mit vorherrschender Willensentscheidung und geringem sozialem Verursachungshintergründen für den Konsum, die von der etablierten Prävention gegen den Tabakkonsum bereits profitieren. Durch Willensumkehr und ihre bereits vorhandene soziale Unterstützung können sie besser dem Rauchen widerstehen. Ihre willentliche Zuwendung zum Tabakkonsum wird oft schon durch Steuererhöhungen und Gesundheitsappelle abgeändert.

Und zweitens sind es die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus, deren Willensentscheidung zu rauchen durch soziale Ursachen hervorgerufen und aufrechterhalten wird. Man könnte von sozial funktionalem Rauchen sprechen.

(Schaubild 30: Vorschlag eines Oberbegriffes für die verschiedenen Konsumgründe bei Rauchern)



Trotz einigender willentlicher Entscheidung bei Rauchern ist von verschiedenen Sachverhalten auszugehen. Verbindend zwischen beiden Gruppen ist nur der Oberbegriff „Tabakkonsum“. Aber in Verursachung, Funktion im Alltag und der Zugänglichkeit durch Gesundheitsappelle sind sie ungleich. Trotzdem ist der undifferenzierte Oberbegriff „(Tabak)Raucher“ nach wie vor Ansatzpunkt der rechtlichen Behandlung.

Nach der Feststellung, dass Raucher aus sozialer Benachteiligung nicht gleich mit anderen Rauchern sind, weil sie, wie Migranten, ein **besonderes Förderpotential** benötigen, um in ihrem Recht auf Gesundheitsschutz rechtlich gleichgestellt zu werden, stellt sich die Frage nach dem Rechtfertigungsgrund.

Wenn es einen rechtlich beachtlichen Grund geben sollte, die Raucher trotz ihrer Unterschiede alle gleich zu handeln, dann wäre ein Anspruch auf eine ungleiche Prävention aus Artikel 3 IGG dennoch nicht gegeben. Dieser Artikel verbietet

schließlich nicht, Ungleiches gleich zu behandeln. Sondern es ohne einen beachtlichen Rechtfertigungsgrund für dieses Gleichsetzen der unterschiedlichen Sachverhalte zu tun.

3.4.2 *Rechtfertigungsgrund für die Gleichbehandlung in der Prävention*

Geeignet zur Rechtfertigung einer Gleichbehandlung von ungleichen Sachverhalten ist ein sachlicher Grund (BVerfGE 100, 138/174)

Grundsätzlich steht dem Gesetzgeber dabei eine Einschätzungsprärogative zu, wie er Sachverhalte rechtlich regeln will (BVerfGE 99, 367/388; 103, 172/193; 110, 412/431). Er muss sich nur beim Differenzierungsgrund grundsätzlich am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz orientieren (Herzog, 2005: zu Artikel 3)

Oberstes **Ziel bleibt aber die gleiche Rechtsbetroffenheit** der Bürger durch die Regelung des Staates. Sollten sich durch die Gleichbehandlung von Ungleichen unverhältnismäßige Resultate für einen Regelungsbereich ergeben, kann nicht mehr von gleicher Rechtsbetroffenheit gesprochen werden. Dies ist vor allem bedeutsam, wenn die Ungleichbehandlung sich auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten nachteilig auswirken kann (BVerfGE, 111, 176/ 184; 103, 172/193).

Hier geht es um die Nutzung des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit aus Artikel 2II GG durch sozial Benachteiligte unter den Rauchern. Gleiche Rechte haben, beinhaltet aber auch die Möglichkeit, von diesen Rechten gleichermaßen Gebrauch machen zu können.

Die Rechtsbetroffenheit, d. h. gleiche Rechte, Pflichten, Vorteile und Belastungen durch die Tabakpräventionspolitik, soll für beide Sachverhalte, Raucher mit und ohne soziale Benachteiligung, trotz der Gleichbehandlung durch den Staat im Ergebnis gleich sein.

Im Fall der von den Ursachen her betrachtet unterschiedlichen Tabakkonsumenten, nämlich Raucher aus sozial benachteiligten Milieus und solche aus anderen sozialen Umfeldern, bedeutet es die **Gleichstellung in der Nutzungsmöglichkeit** der Gesundheitsförderung.

Es handelt sich damit um den Gebrauch des Freiheitsrechtes auf körperliche Unversehrtheit. Durch die Tabakprävention, die der Staat gewährleistet, sollten

schließlich alle die Chance auf Nichtraucher erhalten, und nicht nur die Raucher ohne soziale Verursachungskomponenten.

Aber eben da liegt der erhebliche Unterschied zwischen den Rauchern im Allgemeinen und den Rauchern aus sozial benachteiligten Milieus, in der der Willensentscheidung **vorgelagerten Ursachenebene**.

Mit einer **Willensumkehr**, die im sozial benachteiligten Milieu sehr fraglich zu realisieren sein würde, wäre allein nichts gewonnen, wenn Rauchen weiterhin anerkannte Kompetenz im Lebensumfeld bleibt.

Selbst dann, wenn man den Willen von Rauchern zum Nichtrauchen umstellen können sollte, bleibt die Alltagsfunktion des Rauchens durch das Umfeld weiterhin aktiv.

Eine **undifferenzierte allgemeine Begriffsbildungen**, wie Raucher, Schüler und andere, die dann Grundlage und Ziel von Regelungen gemacht werden, verstärken trotz der formalen Gleichbehandlung Ungleichheiten.

Erst, wenn die Ursachen, die Resultate und die Ziele annähernd vergleichbar sind, dürften ungleiche Sachverhalte innerhalb des Begriffes „Raucher“ auch gleich behandelt werden.

Aber weder die Ursachen, weil sie bei den sozial Benachteiligten mit der sozialen Lage zusammenhängen, noch die Resultate sind bei der unterschiedlichen Verursachungslage vergleichbar. Es kommt deshalb zu einer ungleichen Rechtsbetroffenheit durch die gleichbehandelnde Tabakpräventionspolitik.

Weder Zugang, noch Wirkung der Tabakprävention in Deutschland sind für alle betroffenen Raucher bzw. potentiellen Raucher gleich. Je mehr soziale Faktoren für die Entscheidung zum Rauchen wirken, desto geringer ist der Einfluss der Verhaltensprävention.

Ein **Rechtfertigungsgrund für die Gleichbehandlung** der ungleichen Rauchertypen, mit und ohne soziale Benachteiligung, kann wegen der ungleichen Betroffenheit der sozial Benachteiligten unter den Rauchern durch die Präventionspolitik des Staates stark bezweifelt werden.

Schließlich hängt die positive Betroffenheit von der Prävention hängt im Ergebnis erheblich an der sozialen Herkunft.

Fraglich bleibt aber dennoch, ob wegen der sozialen Herkunft der Raucher innerhalb der Tabakprävention überhaupt differenziert bzw. besonders behandelt werden darf.

Schließlich verbietet Artikel 3 III GG unter anderem das Benachteiligen oder Bevorzugen aus Gründen der sozialen Herkunft.

3.4.3 Förderung sozial Benachteiligter und Verbot der Bevorzugung wegen sozialer Herkunft

Als Differenzierungsrechtfertigungen für eine Ungleichbehandlung scheiden qua Gesetz die Gründe der Benachteiligungs- bzw. Bevorzugungsverbote in Artikel 3 III GG aus. Soziale Herkunft umschreibt die durch die **soziale Stellung der Eltern** begründete soziale Zugehörigkeit und nicht die eigenen Lebensumstände (BVerfGE 9, 124/129). Da die soziale Benachteiligung sich auch auf die Entwicklung der Kompetenzen und damit auf die Lebenssituation der heranwachsenden Generation auswirkt, wäre dieser Aspekt, der durch Abstammung begründeten sozialen Zugehörigkeit, bei den Rauchern mit sozialer Komponente erfüllt. Sinn dieser Regelung ist die Verhinderung einer Klassengesellschaft mit schichtspezifischen Privilegien durch Realisierung einer Chancengleichheit (Eckertz-Höfer, 2002: AK zu Art. 3 Rz. 120; Rübner, 2005 BK zu Art. 3 Rz. 845; Stark, 2005 MKS zu Art. 3 Rz. 401).

Artikel 3 III GG normiert dieses **Differenzierungsverbot**, als eine Pflicht des Staates, Voraussetzungen zu schaffen, die vor allem eine Benachteiligung wegen der sozialen Herkunft verhindern, was durch Unterbinden oder gezieltes Fördern sicher gestellt werden kann (Dietlein, 1992; Jarass 2006, zu Artikel 3 III GG).

Bei der Berücksichtigung von sozialer Benachteiligung in der Tabakprävention mittels verhältnispräventiver, fördernder Maßnahmen als ursachenbezogene Prävention würden sozial Benachteiligte durch besondere Förderungen vom Wortlaut u. U. „besser“ gestellt als andere vom Rauchen betroffene Personen.

Bevorzugung bedeutet, jemanden, nur weil er aus einem bestimmten sozialen Umfeld innerhalb der Bevölkerung stammt, eine **erhabene Stellung** einzuräumen. Im Vergleich zu anderen Personen wird ein Abkömmling der benachteiligten sozialen Milieus rechtlich und faktisch nur in die Lage versetzt, sich mehr oder leichter materielle oder immaterielle Güter der Gesellschaft anzueignen.

Verbotene rechtliche Bevorzugung müsste auf Grund der sozialen Herkunft aber ein „Mehr“ im Vergleich zu anderen Personen zusprechen. Im Fall der Berücksichtigung

der sozialen Benachteiligung als Konsumgrund erhielten die von ihr betroffenen Raucher bei der Teilhabe an der Nichtraucherförderung nicht mehr als die Raucher, die seit jeher an der Nichtraucherförderung teilhaben.

Das gleiche gilt für die Maßnahmen und den gezielten Förderungen, die eigens für die Bekämpfung sozialer Benachteiligung eingerichtet wurden. Es geht um Teilhabe an dem, was der Staat mit der Hinnahme sozialer Benachteiligung an sich und seiner Präventionspolitik Rauchern aus sozial benachteiligten Milieus noch nicht gewährt.

Das Argument, die Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung innerhalb der Tabakpräventionspolitik könnte eine rechtliche Bevorzugung wegen der sozialen Herkunft enthalten, wäre nicht haltbar.

Viel eher scheint das Nichtberücksichtigen der sozialen Ursachen des Rauchens in der Tabakpräventionspolitik sogar ein Verstoß gegen das Benachteiligungsverbot wegen der sozialen Herkunft des Artikel 3 III GG darzustellen.

Ein klassischer Verstoß gegen diese Vorschrift wäre die gesetzliche Vorenthaltung der Präventionsmaßnahmen für Personen aus bestimmten sozialen Milieus. Einschlägige Verstöße gegen dieses Differenzierungsverbot sind ausdrückliche Regelungen, die bestimmte Menschen wegen ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe von einer staatlichen Leistung per Gesetz ausschließen (Epping, 2006: 312f).

Nun enthalten die bestehenden Regelungen zur Tabakprävention **keine diskriminierenden Klauseln**. Appelle und Verbote gelten für alle gleichermaßen.

Einerseits steht den sozial Benachteiligten damit de jure der Weg in eine rauchfreie, gesündere Zukunft durch Nutzung der Tabakpräventionsangebote offen. Dies spräche eigentlich gegen eine rechtliche Benachteiligung wegen der sozialen Herkunft. Andererseits muss zur Beurteilung auch hier die Frage nach dem Nutzen eines gesetzlichen Weges gestellt werden, wenn eine Vielzahl von Personen wegen sozialer Komponenten die offenen Zugangsvoraussetzungen schon nicht erfüllen.

Die sozial Benachteiligten unter den Rauchern fallen bereits durch die **Festlegung der Zugangsvoraussetzung**, nämlich Rauchen als rein freie, willentliche Entscheidung und verzichtbares Verhalten im Alltag, heraus, ohne dass es noch einer wörtlichen Ausschlussregelung noch bedürfte. Offene rechtliche Regelungen eines Zugangs, obgleich ohne wörtliche (soziale) Ausnahmen, können deshalb unter Umständen bestimmte soziale Gruppen, die die Zugangsvoraussetzungen per se nicht erreichen, ausschließen.

Weil die Raucher bestimmter sozialer Milieus durch rechtlich gleiche Behandlung de facto in der Rechtsbetroffenheit vom Zugang und Erfolg der Prävention ausgenommen sind, könnte man von **verdeckten sozialen Auswahlkriterien** sprechen, die das Privileg des gesünderen Lebens nur staatlich geförderten, nicht sozial geforderten Milieus zukommen lassen. Darin liegt auch noch ein Argument für die Annahme, dass kein Rechtfertigungsgrund für die Gleichbehandlung aller Raucher angenommen werden kann, will man nicht gerade mit diesem Differenzierungsverbot des Artikel 3 III GG in Konflikt geraten.

Die rechtliche **Nichtdifferenzierung der Rauchertypen** allerdings verstößt meines Erachtens, wegen verdeckter sozialer Auslese in der Rechtsbetroffenheit, gemeint sind Zugang und Erfolg der Prävention, gegen das rechtliche Benachteiligungsverbot des Artikel 3 III GG.

Im weiteren Verlauf der Bearbeitung der rechtlichen Strategien für ursachensensible Tabakprävention werde ich die Frage, nach dem konkreten bzw. konkretisierbaren Inhalt dieses Anspruches aus Artikel 3 I GG erörtern.

3.4.4 Konkreter Inhalt bei Gleichheitsrechten und Einschätzungsprärogative

Anders als bei den Freiheitsrechten, bei denen die Frage nach den konkreten Interventionen explizit durch Untermaßverbot und Einschätzungsprärogative des Staates beantwortet wurde, ist mit der **Verneinung eines rechtfertigenden Grundes** für die rechtliche Gleichbehandlung von ungleichen Rauchern die Frage des Untermaßverbotes und der Einschätzungsprärogative bereits beantwortet.

Wegen der unterschiedlichen Ursachen des Tabakkonsums, die durch präventive Maßnahmen neutralisiert werden sollen, bestände ein Anspruch auf verschiedene Ansätze in der Tabakpräventionspolitik.

Bei Rauchern aus sozial benachteiligten Milieu, bei denen das Rauchen auch eine soziale Funktion hat, indem es in den Alltag als anerkannte Kompetenz integriert wird, sollten verhältnispräventive sowie kompetenzstärkende Maßnahmen im Setting diese Funktion des Rauchens aufgreifen und neutralisieren. Erst dann bestände in

Zugang und Erfolg innerhalb der Tabakprävention eine wirkliche Gleichstellung mit den Rauchern aus anderen sozialen Milieus.

Argument des Sozialstaatsprinzips

Aus dem Sozialstaatsprinzip ergibt sich argumentativ das Gleiche wie schon zuvor unter den Freiheitsrechten erläutert. Dieser Grundsatz verpflichtet den Staat zur aktiven **Schaffung von Chancengleichheit** (Herzog, 2005: MD zu Art. 20 Rz. 40; Sommermann, 2005: MKS zu Art. 20 Rz. 105). Chancengleichheit in rechtlicher Sicht ist mehr als nur die rechtliche Möglichkeit, am Entwicklungsprozess teilzunehmen, es geht um materielle Gleichheit (Schiek, 2002; Benda, 1995: HbStR §17). Die Nutzung der Grundrechte soll nach dem GG nicht von sozialen Faktoren abhängig sein, da es andernfalls zu verdeckten, sozial verursachten Ausschlüssen von der Chancengleichheit käme. Ein Zustand, der mit der Gewährleistungsgarantie des Staates, aktiv die Ausübung der grundrechtlichen Freiräume und Gleichheiten für die Berechtigten tatsächlich sicher zu stellen, unvereinbar wäre.

Und da zur gleichen Rechtsbetroffenheit auch letztlich die **Erfolgsbeteiligung** gehört, und diese innerhalb der zurzeit noch gängigen Verhaltensprävention allein nicht erreicht werden kann, besteht nach der hier vertretenen Ansicht ein Anspruch auf Verhältnisprävention im sozial benachteiligten Setting zu Gunsten der sozial Benachteiligten..

Wenn man seine Lebenskompetenz „Rauchen“ nicht als Gefährdung, sondern als Erleichterung im Alltag erfährt, die zudem noch vom Umfeld geteilt wird, sprechen die angebotenen Präventionsmaßnahmen, die allein auf die freie Entscheidung zum Nichtrauchen abstellen, betroffene Personen eben nicht an. Ebenso führt das andere Gesundheitsverhalten der sozialen Milieus zu geringerem präventiven Kontakt zu Akteuren des Gesundheitssystems (Statistisches Bundesamt, 1998). Aber bei jenen sind die meisten Maßnahmen zur Nichtraucherförderung angesiedelt.

Aus diesen Verursachungsgründen aus dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Rauchverhalten reicht die Beschränkung auf die bloße Anpassung der bestehenden verhaltenspräventiven Regelungen ohne milieubezogene Maßnahmen zur Erreichung des Ziels, der Gleichstellung in der Rechtsbetroffenheit der ungleichen Raucher in der Tabakprävention, nicht aus.

Argument der freiwilligen internationalen Selbstbindung

Ein weiteres Argument für die argumentative Unterstützung eines Anspruches auf Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit in der deutschen Tabakpräventionspolitik aus Gleichbehandlungsgründen kann sich auch aus der **freiwilligen Selbstverpflichtung** Deutschland in internationalen Abkommen ergeben. Schließlich hat sich Deutschland durch die Unterzeichnung **der WHO-Charta** zur aktiven Förderung der Gesundheit durch effektive Antitabakmaßnahmen verpflichtet (WHO, 1986). Effektiv kann diese Gesundheitsförderung, wie sie von der WHO gefordert wird aber nur sein, wenn auch die sozialen Ursachen für ungesundes Verhalten berücksichtigt und abgeändert werden (Rosenbrock, 1998). Wenn soziale Faktoren eine Entscheidung zum Rauchen fördern und einer Entscheidung zum Nichtrauchen entgegenstehen, so kann nur die Aufarbeitung der verursachenden sozialen Ursachen effektiv gegen das Rauchen sein. Zu diesen effektiven Maßnahmen und damit zur Förderung der sozialen Gesundheit hat sich Deutschland gegenüber der WHO verpflichtet. Eingedenk des Gesundheitsbegriffes, den Deutschland als Richtschnur mit unterzeichnet hat, der ausdrücklich das **soziale Wohlbefinden** durch Gesetzesmaßnahmen einschließt, ist das Schaffen von gesunden, das Nichtrauchen fördernden sozialen Strukturen Bestandteil des durch freiwillige Selbstbindung übernommenen Auftrages.

3.4.5 Zwischenergebnis zum Anspruch auf Gleichbehandlung

Ebenso wie der Schutzanspruch aus Artikel 2 GG kann der Gleichheitsgrundsatz des Artikels 3 GG den Anspruch der sozial benachteiligten Raucher auf ungleiche, d.h. ursachensensible Tabakprävention unterstützen. Um dem grundgesetzlichen Auftrag, der gleichen Rechtsbetroffenheit mit Rauchern anderer Milieus gleichgestellt zu werden, die bereits jetzt von der Tabakpräventionspolitik partizipieren, zu erfüllen. Gegen diesen Gleichbehandlungsgrundsatz wird verstoßen, wenn man, wie im Fall der Tabakprävention, Ungleiches gleich behandelt.

Zwar handelt es sich bei den Betroffenen und bei den Gefährdeten um Raucher oder dem Tabak zugeneigten Personen, aber die Ursachen und der Zweck des Tabakkonsums in der Lebensbewältigung sind so unterschiedlich, dass von **unterschiedlichen Sachverhalten** ausgegangen werden müsste. Denn der Raucherbegriff ist zu differenzieren.

Bei alleinigem Abstellen auf die **Konsumursache freie Entscheidung** zu rauchen und dem Versuch, durch verhaltenspräventive Maßnahmen diese zu beeinflussen, bleiben jene im Zugang und Erfolg der Prävention außen vor, bei denen auch andere Ursachen zugrunde liegen.

Schließlich sollen die Maßnahmen der Prävention das Risiko, Raucher zu werden oder zu bleiben dadurch senken, dass die Ursachen des Rauchens „neutralisiert“ werden. Aber bei jenen Rauchern aus sozial benachteiligten Milieus, die **Rauchen als Kompetenz zur Lebensbewältigung** nutzen, läuft dieser Ansatz der heutigen Tabakprävention ins Leere, weil ihr Risiko nicht durch alleinige Willensbeeinflussung effektiv gesenkt werden kann. Die verursachenden Faktoren, die hinter der Entscheidung stehen, bleiben ebenso aktiv, wie die Kompetenzen, nicht zu rauchen, praktisch fehlen. Dieses Kompetenzgerüst mit Rückgriff auf ungesunde Verhaltensweisen ist wiederum Folge des sozialen Milieus.

Effektive Gesundheitsförderung ist eine Leistung, die der Staat allen Personen zukommen lassen müsste, will er nicht gegen das Gleichbehandlungsverbot des Artikels 3GG verstoßen.

Ein indirektes **Ausklammern von Personen aus bestimmten sozialen Milieus** vom Zugang und Wirkung der Maßnahmen, weil ihnen die Voraussetzungen zur erfolgreichen Nutzung fehlen, verstößt meiner Ansicht nach gegen das Differenzierungsverbot des Artikels 3 III GG.

Unter Zugrundelegung der hier vertretenen Ansicht, dass der Begriff „Raucher“ mehrere von einander ungleiche Sachverhalte beinhaltet, die unterschiedliche Ursachen für das Rauchen aufweisen, besteht ein Anspruch aus Artikel 3GG. Von den undifferenzierten Regelungen sind alle Raucher zwar gleich angesprochen, aber rechtlich nicht gleich betroffen.

3.5 Gegenrechte gegen die ursachenbezogene Prävention

Wie bei jedem rechtlichen Anspruch werden auch bei der Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung in der Tabakpräventionspolitik mehrere andere Rechtsinhaber betroffen sein. Anspruchshemmende Gegenrechte gibt es auch im Verfassungsrecht (BVerfGE, 47, 46/76; 67, 213/228; Dreier, 2004).

In seiner Rechtsabwägung muss der Staat die tangierten Rechte anderer Rechtsträger, die sich ebenfalls aus dem Grundgesetz ergeben, gegeneinander abwägen.

In der Tabakprävention bedürfte es einer Vielzahl von settingbezogenen Maßnahmen zur Förderung der sozial Benachteiligten unter den Rauchern.

Es wären zahlreiche Akteure als Rechtsträger beteiligt, wenn die sozial benachteiligten Raucher in der deutschen Tabakpräventionspolitik mit verhältnispräventiven Maßnahmen zur Milieuaufwertung und Kompetenzförderung berücksichtigt werden sollen. Diese entgegenstehenden Rechte anderer Rechtsträger, als auch die der sozial benachteiligten Personen selbst, die Adressaten der staatlichen Intervention sein werden, sind in zweifacher Hinsicht rechtlich relevant.

Erstens muss eine Prüfung entgegenstehender Rechte in einer **Güterabwägung mit dem Schutzanspruch** zu Gunsten der sozial Benachteiligten aus den Grundrechten aus Artikel 2 II und Artikel 3 I, III GG erfolgen. Am Ende der Güterabwägung muss dann ein Vorrang der Schutzpflicht des Staates vor den zu gewährleistenden Rechten anderer Rechtsträger stehen.

Erst nach positiver Rechtsgüterabwägung kann ein Anspruch sozial benachteiligter Raucher auf ursachensensible Tabakprävention endgültig bejaht werden.

Zweitens tangiert die Frage nach der Abwägung der gegenläufigen Rechte die **Frage der Verhältnismäßigkeit der Mittelauswahl** bei der Realisierung eines Schutzanspruches gegenüber einem unterlegenden Gegenrecht. Diese Frage der Verhältnismäßigkeit wird im Kapitel 4, in dem es um die konkrete Umsetzung eines Schutzanspruches aus den Grundrechten zu Gunsten der sozial benachteiligten Raucher in konkrete Maßnahmenvorschläge der Verhältnisprävention gehen wird, erneut aufgegriffen werden.

Rechtsgüterabwägung zwischen den einzelnen konkurrierenden Interessen

Tangiert sind einerseits die Interessen der Akteure der Tabakindustrie und des Handels, die mit ursachensensibler und damit wirksamerer Tabakprävention erheblichere Einbußen hinnehmen müssen als bisher. Schließlich rekrutieren sie jetzt einen beachtlichen Anteil ihrer Käuferschaft aus sozial benachteiligten Milieus.

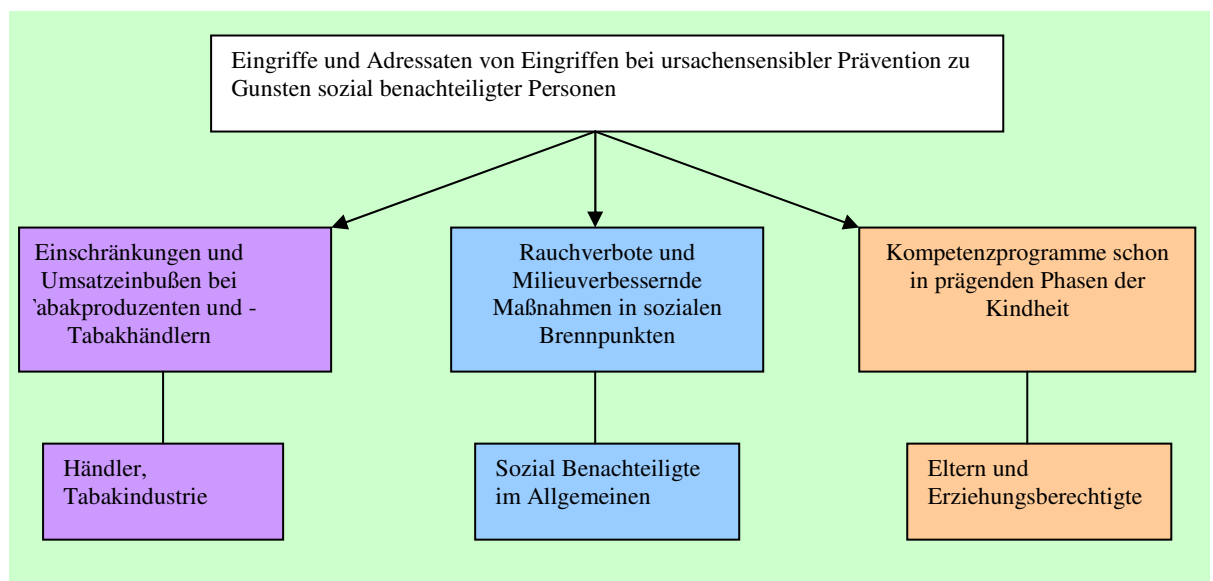
Aber es sind auch **entgegenstehende Rechte** derjenigen beachtenswert, die als Adressaten der anspruchserfüllenden Maßnahmen von den Verhältnispräventionsstrategien entweder selbst oder als Erziehungsberechtigter betroffen sein werden.

Unter Umständen stellt die staatliche Intervention eine „aufgedrängte Bereicherung“ in Form staatlicher Bevormundung dar, die die Betroffenen aus den sozial benachteiligten Milieus nicht hinnehmen müssen.

Das Grundgesetz schützt in bestimmtem Ausmaß, die Freiheit zu tun, was man will, so lange man nicht gegen Gesetze und konkurrierende vorrangige Verfassungsrechte anderer verstößt. Rauchen könnte möglicherweise ein solcher Sachverhalt sein, der prinzipiell nicht gegen Gesetze oder gegen konkurrierende Rechte verstößt. Als **allgemeine Handlungsfreiheit** wäre das nicht nur bei sozial Benachteiligten unter den Rauchern beachtlich (vgl. Artikel 2 I GG).

Nachfolgend sind die verschiedenen Interventionsziele graphisch nebeneinander gestellt. Neben den Personen, die durch Tabak ihren Lebensunterhalt verdienen, sind auch die sozial Benachteiligten als Raucher und als Erziehungsberechtigte von einer veränderten Tabakpräventionspolitik betroffen.

(Schaubild 31: Ansatzpunkte für konkurrierende Verfassungsrechte)



Vor allem zur Vermeidung einer gesundheitsschädigenden Kompetenzentwicklung müssten Kompetenzen innerhalb der prägenden Phasen der Entwicklung eines Kindes unterstützt bzw. ausgebildet werden.

Interventionen im Rahmen einer „Familienentwicklung“ wären angezeigt und könnten das Erziehungsprimat der Eltern einschränken. Dieses **Erziehungsvorrecht der Eltern** vor staatlich gelenkter Erziehung ist durch Artikel 6 GG vor Interventionen des Staates geschützt. Dem Staat obliegt nur die Aufsicht, dass die Eltern dieses Recht zum Wohle der Kinder wahrnehmen

Lediglich über die Erziehung in der Schule, die auf ein Leben in der Gesellschaft vorbereiten soll, sind staatliche Einflüsse stärker ausgeprägt. Wenngleich der Elternwille auch dann immer noch beachtlich bleibt. Die wichtigen prägenden Phasen zur Entwicklung von sozialwirksamen Kompetenzen sind bei Eintritt in die Schulausbildung jedoch bereits abgeschlossen. Die Grundlagen für eine weitere Entwicklung innerhalb der Gesellschaft sind dann bereits gelegt. Und gesundheitsfördernde Ziele haben eine geringere Nachhaltigkeit bei sozial benachteiligten Jugendlichen, wenn sie ohne Verstärkung im Elternhaus bleiben (Broekmann, 2000: 217). Deshalb wäre eine unterstützende Stärkung der Gesamtfamilie eine wirksame Abhilfe.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, wie weit darf dann staatlicher Druck gehen, um Eltern unter Umständen zu „zwingen“, auch gegen ihre Überzeugung, zu Gunsten einer gesunden und sozial erfolgreichen Entwicklung ihrer Kinder, Kompetenzen zu vermitteln oder zu zulassen, dass sie von staatlicher Seite vermittelt werden?

Kann diese Norm auch als **Anspruchsnorm der Gemeinschaft** gesehen werden, dass Kinder so heranwachsen, dass sie ein sozial integriertes und gesundes Leben in der Gemeinschaft führen können? Das betrifft ein vitales Interesse des Staates, durch das Kindeswohl, das sich in der Gemeinschaft gesund entwickelt, auch das Wohl der Gemeinschaft zu fördern.

Die einzelnen konkurrierenden Rechte werden im Einzelnen im Anschluss hinterfragt und gegen den Anspruch der sozial Benachteiligten aufgewogen.

3.5.1 Berufs und Gewerbefreiheit der Tabakhersteller und Tabakvertreiber

Der Artikel 12 GG schützt die Berufs- und Gewerbefreiheit, so lange die Tätigkeit auch der Sicherung der Lebensgrundlage dient und nicht gegen rechtliche Normen verstößt (Tettinger, 2003: SA zu Art. 12; BVerfGE, 102, 197/212; 110, 304/321).

Beide Kriterien sind bei den in der Tabakproduktion und dem Tabakvertrieb tätigen Personen erfüllt. Die Tätigkeit dient zumindest auch dem Erwerb der Lebensgrundlagen bei den Betroffenen und verboten ist die Tätigkeit ebenfalls (noch) nicht. Eingriffe in die Gewerbefreiheit durch den Staat haben verschiedene

Intensitäten. Wird verboten, diese Tätigkeiten aufzunehmen, dann hat das eine andere Qualität als die Beschränkung der Tätigkeiten durch Werbeverbote oder Jugendschutz

Bei einem Eingriff in diese Tätigkeitsfreiheit der mit Tabak befassten Personen ist nach der Qualität und Zielrichtung zu unterscheiden. Richtet sich der Eingriff des Staates gegen die Berufswahl der betreffenden tabakbezogenen Tätigkeiten oder gegen die Berufsausübungen des Tabakvertriebs, die der Staat einschränken will?

Im ersteren Fall, der Einschränkung der Berufswahl, sind nach der Stufenlehre des Bundesverfassungsgerichtes höhere Kriterien für die Zulässigkeit zur Überprüfung der Zulässigkeit eines Eingriffs heranziehen als bei der bloßen Regelung der Berufsausübung (BVerfGE, 7, 377/397; 25, 1/11; Breuer, 1990: HbStR zu Art. 12). Für einen Eingriff in die Berufs- und Gewerbeausübung reicht dagegen die **einfache Verhältnismäßigkeit** aus. Hier ginge es bei der eventuellen Regelung des Tabakvertriebs nur um Regelungen der Berufsausübung in diesen Bereichen.

Deshalb muss der Eingriff in Ansehung des angestrebten Ziels geeignet sein, dieses zu erreichen.

Bei der Erforderlichkeit wird überprüft, die gewählten Maßnahmen das mildeste Mittel darstellen, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Und schließlich werden Ziel der Präventionsmaßnahmen und Beeinträchtigung für die Gewerbefreiheit gegeneinander in der Beurteilung der Angemessenheit gegenüber gestellt. Im Ergebnis dürfen das angestrebte Ziel, die Nichtraucherförderung bei sozial benachteiligten Rauchern, und die Eingriffslast bei den tabakbezogenen Gewerbetreibenden nicht außer Verhältnis stehen.

Verlust der Rentabilität der Tabakproduktion und Tabakvertrieb

Schon die zurzeit praktizierte Tabakpräventionspolitik griff in verschiedener Hinsicht in die Gewerbefreiheit der Tabakproduzenten und Tabakvertreiber ein, ohne die Herstellung von Tabakwaren oder den Vertrieb zu untersagen. Verbote betrafen lediglich bestimmte Handelswege, wie Münzautomaten, oder die **Tabakwerbung**.

Auch die **Tabaksteuererhöhungen** als Nachfragerregelung taten schon ein Übriges, den Vertrieb von Tabakprodukten durch Preissteigerungen zu erschweren. Nach dem Bundesverfassungsgericht sind solche Maßnahmen als Regelung hinzunehmen, auch wenn das Gewerbe dadurch an Rentabilität verliert. Die Erwartung, das Gewerbe

werde auch künftig rentabel sein, obliegt keinem Bestandsschutz (BVerfGE 110, 274/280).

In Anbetracht des zu erwartenden Nachfragerückgangs nach Tabak durch ursachensensible Tabakprävention handelt es sich nicht um einen tatbestandsmäßigen Eingriff in das Grundrecht nach Artikel 12 GG, da **Gewinnaussichten** keine schützenswerte feste Größe darstellen.

Einen **Bestandsschutz** für alle im tabakbezogenen Gewerbe tätigen Personen und Gesellschaften garantiert der Schutz der Gewerbefreiheit aber gerade nicht.

Eine ähnliche Situation steht der Gastronomie durch die weitreichenden Rauchverbote und dem zu erwartenden Umsatzrückgang noch bevor. Preisgestaltungen von staatlicher Seite, etwa durch Steuererhebungen, dürfen zu Gewinnrückgängen durch Kundenverlust führen.

Weitere Ausübungsregelungen zu Lasten der Tabakproduktion und Tabakvertrieb wären gerechtfertigt, wenn sie verhältnismäßig sind.

Sie mussten auch schon bisher durch die bestehenden Präventionsmaßnahmen, wie Steuererhöhungen, Rauchverbote und Handelsbeschränkungen, hingenommen werden, wenn der Eingriff geeignet, erforderlich und angemessen war, das Ziel der gesundheitlichen Förderung der Raucher zu erreichen.

In der Neufassung des Nichtraucherschutzgesetzes NW werden zudem schon jetzt weitreichende Rauchverbote für die Gastronomie und öffentliche Gebäude festgelegt. Dies führt schon zu Rückgängen der Einnahmen der Gastronomie als auch der Tabakhersteller. Das Mittel der ursachensensiblen Prävention, die die mittelbar zum Rauchen führenden sozialen Umstände aufnehmen und durch Schaffung gesünderer Strukturen neutralisieren will, ist auch erforderlich, weil sie das mildeste Mittel der direkten Ursachenbekämpfung darstellt. Die Auswirkungen, wie Umsatzrückgänge, betreffen nur die nicht geschützten peripheren Faktoren der Gewerbe, die ohnehin nicht nach Artikel 12 GG geschützt sind. Der ausgeübte Gewerbebetrieb bleibt erlaubt und im Bestand geschützt, er trägt nur das **unternehmerische Risiko**, Absatzmöglichkeiten einzubüßen.

Im Fall des Schutzes der Volksgesundheit vor Gefahren hat das Bundesverfassungsgericht im so genannten Apothekenurteil ein **überragendes Rechtsgut** gesehen, das sogar mit objektiven Zugangsregelungen zu einem Beruf oder zu einem Gewerbe geschützt werden dürfe (BVerfGE 7, 377/397f).

Der Tabakkonsum ist der wichtigste Einzelrisikofaktor für die Volksgesundheit überhaupt. Ihn erfolgreich zurückzudrängen, dient dem Schutz der Volksgesundheit vor erheblicher Beeinträchtigung.

Wenn selbst ein Berufsverbot zu Gunsten der Volksgesundheit diskutabel wäre, wenn man das Dogma einer ausschließlich freien Entscheidung des einzelnen Rauchers, die ohne eine soziale Verursachung gefällt werde, kritisch hinterfragte und revidierte. So sind bloße peripher wirkende Maßnahmen dagegen wesentlich milder. Die Gefahren des Rauchens für die Gesundheit der Raucher und der Nichtraucher sind erheblich. Sie führen schon vor der Manifestation von Krankheiten zu gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie zur Abhängigkeit.

In der Hierarchie der Rechtsgüter geht der Schutz des Lebens und der Gesundheit der Freiheit, ein Gewerbe uneingeschränkt zu betreiben, vor, so dass ein weiterer Eingriff durch ursachensensible effektive Tabakprävention auch angemessen wäre.

Ein für den Staat beachtliches Gegenrecht gegen die ursachensensible effektive Prävention zu Gunsten der sozial Benachteiligten ergibt sich somit nicht aus Artikel 12 GG.

3.5.2 *Allgemeine Handlungsfreiheit der sozial benachteiligten Raucher*

Durch verhältnispräventive Maßnahmen, die in die persönliche Freiheit der (potentiellen) Raucher in sozial benachteiligten Milieus eingreifen könnten, bestände die Möglichkeit für Raucher, sich auf ihre allgemeine Handlungsfreiheit aus Artikel 2 I GG zu berufen.

Allerdings besteht dieses Recht nur im Rahmen der Gesetze.

Zum **Schutz überragender Interessen der Allgemeinheit** darf das allgemeine Handlungsrecht eingeschränkt werden und ist subsidiär (BVerfGE, 6; 32/37; Erichsen, 1990: HbStR zu Art. 2 I).

Ein gutes Beispiel dafür ist die Einführung der Helm- oder Gurtpflicht. Gegen deren Einführung beriefen sich Betroffene auch auf das Recht der allgemeine Handlungsfreiheit (BVerfGE 59, 275/278; BVerfG-K, NJW 1987, 180).

Man argumentierte, die Gefährdung sei eine eigene, freie Entscheidung. Eine **freiwillige Selbstgefährdung** dürfe man frei von staatlicher Bevormundung eingehen⁴⁴. Auch in diesen Fällen bejahte das Bundesverfassungsgericht die vorrangigen Interessen des Gesundheits- und Lebensschutzes innerhalb der

⁴⁴ Geschützt wird auch die Selbstschädigung (Starck, 2005)

Gemeinschaft durch den Staat vor der allgemeinen Entscheidungsfreiheit des Einzelnen.

Bei der Tabakprävention geht es sogar nicht nur um die Eigengefährdung des Rauchers bezogen auf gesundheitliche Folgen. Neben der Belastung der Gemeinschaft mit den Folgen der tabakindizierten Erkrankungen, stehen auch der Schutz des Passivrauchers und die Gewährleistung einer förderlichen sozialen Entwicklung von Kindern aus sozial benachteiligten Milieus auf dem Prüfstand.

Einschränkungen zu Gunsten von Eingriffen des Staates

Übergeordnete Interessen der Gemeinschaft, wie der Nichtraucherchutz, rechtfertigen Einschränkungen der allgemeinen Handlungs- und Entscheidungsfreiheit der Raucher, die deshalb auch umfangreiche Rauchverbote hinzunehmen haben.⁴⁵ Der Staat ist verpflichtet, wie sich aus Artikel 2 II GG ergibt, zum gesundheitlichen Schutz der Menschen tätig zu werden.

Ein entgegenstehender Wille der Betroffenen entbindet ihn nicht von dieser Pflicht. Die Selbstgefährdung von Personen zu unterbinden, wenn **höherrangige Rechtsgüter**, zu denen auch der Gesundheitsschutz gehört, zählt zum Gewährleistungsanspruch der Grundrechte gegenüber dem Staat. Und da die Voraussetzungen des Grundrechtsverzichts bei den Rauchern aus sozial benachteiligten Milieus wegen der Eigengefährdung eben nicht vorliegen, bleibt die Pflicht, das höherrangige Recht auf Gesundheit auch gegen den natürlichen Willen der Betroffenen zu schützen, bindend.

Die Berücksichtigung der sozialen Verursachungsfaktoren bei der Tabakpräventionspolitik verstieße also nicht gegen die grundrechtliche Gewährleistung der allgemeinen Handlungsfreiheit der (potentiellen) Raucher. Auch wenn sich daraus weitgehende Einschränkungen für das Rauchen im Alltag als flankierende Maßnahmen ergeben sollten.

Im Sinne der Abwägung mit dem höheren Rechtsgut „Gesundheit“ sind die Interventionen der ursachensensiblen Tabakprävention mit Artikel 2 I GG vereinbar.

3.5.3 Staatliche Intervention und Erziehungsprimat der Eltern

⁴⁵ Aber auch bei den Einschränkungen zu Lasten des Rauchens gibt es Grenzen. Ein totales Rauchverbot auf dem Firmengelände unter freiem Himmel würde als unverhältnismäßigen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit des Mitarbeiters abgelehnt. Lediglich die Beschränkung in Räumen dient einem übergeordneten Interesse, dem Nichtraucherchutz, hinter dem das Interesse des Rauchers an freier Entfaltung seiner Persönlichkeit zurückstehen muss.

Problematischer würde die verbindliche Einbindung der Eltern in die Gestaltung und Förderung der frühkindlichen Entwicklung werden, die die Grundlage weiterer Entfaltung in der sozialen Gemeinschaft bildet.

Denn Artikel 6 GG stellt die **elterliche Erziehungsgewalt** unter besonderen Schutz vor staatlicher Einmischung. Dieses elterliche Recht, die Erziehung der Kinder und die Festlegung ihrer Grundsätze zu bestimmen, geht einer staatlich beeinflusster Erziehung vor. Allerdings ist diese Erziehungsberechtigung eine elterliche Pflicht und nicht nur ein Recht (BVerfGE 24, 119/123).

Im Sinne der Gesundheitsförderung, so fordert Zimmer, müssen vor allem die prägenden Phasen des Kindergartenalters genutzt werden, um Kompetenzen zu schaffen und soziale Integration zu fördern (Zimmer, 2002).

Neben der Minderung der Umstände der sozialen Benachteiligung, wie z.B. Bildungsversagen, schlechte finanzielle Ausstattung, Ghattobildung etc., wäre die begleitende Kompetenzförderung die zweite wichtige Säule der ursachensensiblen Tabakprävention.

Und unter diesen Voraussetzungen bedürfte es der **lenkenden und unterstützenden Intervention des Staates** in den Bereich der elterlichen Erziehungsgewalt und der Familienausstattung innerhalb der sozial benachteiligten Milieus. Denn das Elternhaus bestimmt in erheblichem Ausmaß die Kompetenzen, die ein Kind mit auf den Weg in die Gesellschaft entwickelt entscheidend mit (Capsi et al, 1997, Fors et al, 1999, Feldmann, 1998). Vor allem der Bildungsstand der Eltern deren Willen, in die Entwicklung des Bildungsstandes des Kindes zu investieren, beeinflusst die Kompetenzausstattung der Kinder (Schimpl/Neimanns/Lüttiger, 1993, Hradil, 2005, Geißler 2006).⁴⁶

Um zwischen der Notwendigkeit, die frühen Entwicklungsphasen der Kinder von Staats wegen zu nutzen und dem Gestaltungsprimat der Eltern abwägen zu können, erfolgt ein kurzer Blick auf die rechtliche Struktur des Artikel 6GG.

Welche Rechte hat die Gemeinschaft nach Artikel 6 GG?

Der Artikel 6 GG gibt den Eltern bei der Entwicklungsgestaltung der Kinder keine völlig freie Hand, um staatliche Eingriffe in die Erziehung zu untersagen.

⁴⁶ Leider geschieht es öfter, dass die staatlichen Beihilfen für die Kinder, eher für den Konsum eingesetzt werden, als dass sie den Kindern direkt zugute zu kommen.

Der staatlichen Gemeinschaft wird ein **Kontrollrecht gegenüber den Eltern** zugestanden, ob sie auch ihre Erziehungspflicht wahrnehmen.

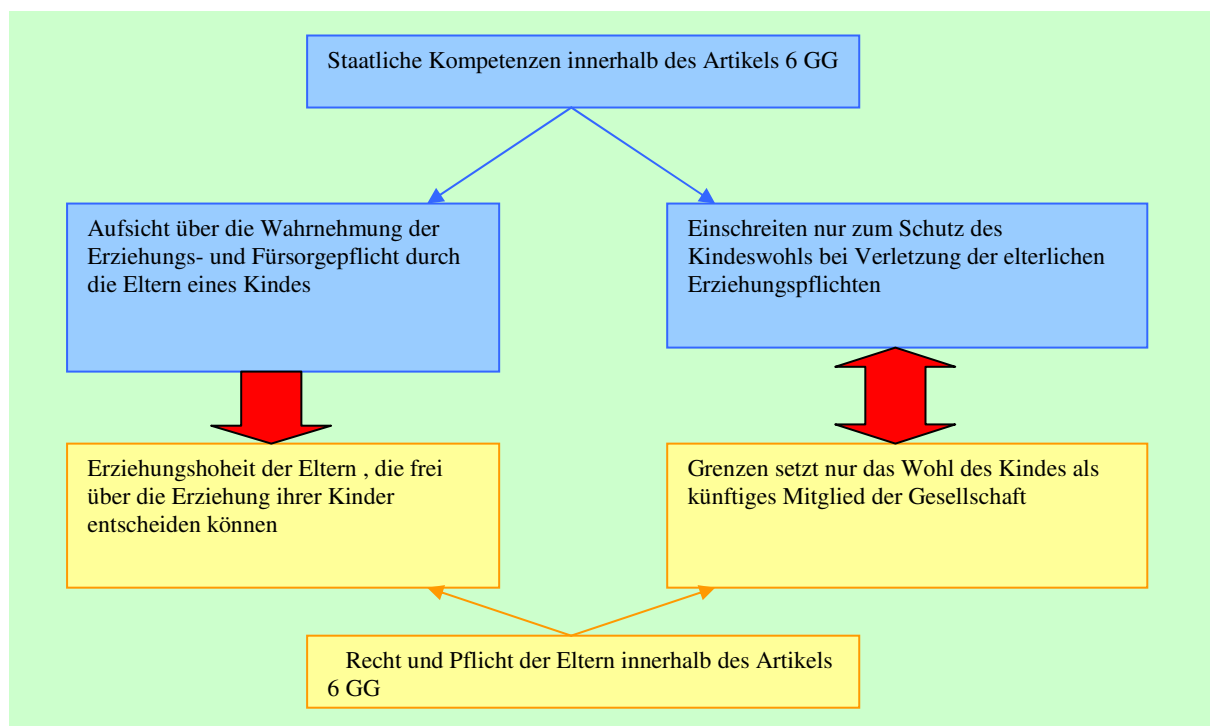
Erziehungsziel und das Interventionsziel für die Gemeinschaft ist gleichermaßen das **Wohl des Kindes** (Badura, 2005: MD zu Artikel 6; Pierroth, 2006: zu Art. 6). Eine Intervention ist nur dann gerechtfertigt, wenn das Wohl des Kindes durch das elterliche Handeln oder Unterlassen gefährdet erscheint⁴⁷.

Die Frage stellt sich gegen diesen Hintergrund, ob das Vermitteln von gesundheitsschädlichen Kompetenzen, hier die Affinität zum Tabakkonsum, im Rahmen eines Aufwachsens im sozial benachteiligten Milieu zur staatlichen Intervention nach Artikel 6 GG zum Wohle der Heranwachsenden berechtigt?

Die Regelungsstruktur des Artikels 6 GG entspricht der Graphik, in der die zwei Komponenten der Norm zusammengefasst wurden.

In **blau** ist die **staatliche Aufsicht** und in **gelb** werden die **Rechte der Eltern** dargestellt.

(Schaubild 32: Zusammenspiel zwischen Eltern und Staat zum Wohle des Kindes)



47. Im Rahmen der Diskussion um staatliche Zuschüsse für Eltern mit Kindern wurde auch die Frage nach Rechten der Gemeinschaft gestellt, dass die Kinder zu sozial integrierten Mitgliedern in der Gesellschaft erzogen werden. Dies scheint immer mehr Eltern nicht mehr zu gelingen und betrifft nicht nur sozial benachteiligte Personen, wenngleich ihr Anteil wesentliche höher liegt. Die Strukturen der schlechteren Kompetenzen, sich in der Gesellschaft zu integrieren, werden an die Kinder weiter gegeben. Schließlich zahle der Staat für künftige (integrierbare) Mitglieder der Gesellschaft, so die Befürworter eines „Elternführerscheins“, der die Weitergabe von sozial wirksamen, gesunden Kompetenzen an die kommende Generation sicherstellen sollte.

Gemeinsame Zielsetzung der Erziehung durch die Eltern als auch der Staatsaufsicht ist das Wohl des Kindes, das primär den Eltern als Verpflichtung anvertraut ist. Ein formelles, kein materielles staatliches Aufsichtsrecht besteht gegenüber der Wahrnehmung der Erziehung durch die Eltern. Auch wenn die Gemeinschaft, wie im Fall vieler sozial Benachteiligter die Grundsicherung in Form von Leistungen sicherstellt, darf sich daraus allein noch kein Recht auf Einflussnahme ergeben.⁴⁸

Dennoch ist die Gemeinschaft durch das GG selbst aufgefordert, zu unterstützen, um der Entwicklung ungesunder Verhaltensweisen gegenzusteuern (Artikel 2 I, Artikel 20 GG). Fraglich ist dabei nur, ob Artikel 6 GG dem Staat wirklich kein Recht verleiht, von Eltern im Rahmen ihrer Erziehungshoheit zu verlangen, dass diese ihre Kinder zu gesunden und integrierbaren Mitgliedern der Gesellschaft erziehen?

Seine Interventionsrechte bzw. Pflichten der Intervention übt der Staat zurzeit nur in extremen Fällen der **Kindesverwahrlosung oder Kindesgefährdung** aus.

Aber die Kontrollrechte des Staates müssen nicht auf extreme Situation beschränkt bleiben, wenn bereits zum Teil irreversible Schäden für die Entwicklung der Kinder sich verfestigt haben. Auch sozialen „Schäden“ gälte es doch vorzubeugen. Schließlich besteht der Staat auch vehement auf die Erfüllung der Schulpflicht als eine Grundvoraussetzung für ein Leben in der Gemeinschaft.

Vermittlung gesundheitlicher Kompetenzen ,Rauchen und das Kindeswohl

Das Kindeswohl umfasst mehr als nur physisches Wohlbefinden, vor allem, wenn man bedenkt, dass das Kind eine Entwicklung durchläuft, die sein gesamtes späteres Leben in der Gemeinschaft entscheidend prägt. So gehören zum Kindeswohl auch sozial **integrative Faktoren**.

Ziel der Erziehung sollte es daher sein, dem Kind ein integriertes Leben als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu ermöglichen, das ihm **Chancengleichheit in der Gesellschaft** garantiert.

⁴⁸ Argumentativ hört man öfter, der Staat zahle an Eltern Geld, das der Entwicklung der Kinder zu Gute kommen sollte. Leider misslänge die Erziehungsarbeit vieler Eltern immer häufiger, so dass Probleme mit der sozialen Integration der Kinder auftreten. Der Gemeinschaft obläge es, diese Erziehungsfehleistungen auszugleichen zumindest aber abzumindern. Ein Aufwand, der durch früheres Eingreifen des Staates wesentlich effektiver betrieben werden könnte. Ein solches Argument wäre schwer mit der Wertung des Grundgesetzes, das dem Elternrecht in der Erziehung den Vorrang einräumt, vereinbar.

Bei der Schulpflicht übt der Staat seine Interventionsrechte heute schon rigide aus, um eine der Grundvoraussetzungen für ein integriertes Leben, die Bildung und die Kulturpraktiken, zumindest theoretisch sicherzustellen.

Auch wenn Eltern wegen religiöser oder weltanschaulicher Bedenken die staatliche Schule ablehnen, ist es ihnen versagt, diese Anschauung in der Erziehung ihrer Kinder auszuleben. Das Recht des Kindes auf Bildung für eine sozial integrierte Zukunft in der Gemeinschaft wird geschützt, weil es zu dessen Wohl auch gegen den Elternwillen gereicht.

Was für die Sicherstellung der Teilnahme an der Schulausbildung gilt, müsste ebenfalls für die Entwicklung von gesünderen und sozial erfolgreicherer Kompetenzen gelten.

Kindeswohl heißt nicht nur Recht auf Bildung, sondern vor allem die damit verbundene Möglichkeit, materielle sowie immaterielle Güter der Gesellschaft im späteren Leben erwerben zu können. Und zu diesen immateriellen Gütern der Gesellschaft, die es zu erwerben durch Erziehung befähigt werden soll, zählt auch der Erhalt seiner Gesundheit, die entscheidend durch soziale Integration und entsprechende Lebensverhältnisse beeinflusst wird.

Ein Fördern der Gesundheit der Kinder sollte sowohl den Eltern als auch der staatlichen Kontrolle der elterlichen Erziehungsausübung ein Anliegen sein. Zumal das Erziehungsrecht der Eltern mit einer **Verpflichtung** korreliert, zum Wohle der Kinder zu erziehen⁴⁹. Selbst wenn sozial benachteiligte Eltern ihre sozialen Copingstrategien eher nicht als abträglich erkennen sollten, oder nicht wissen bzw. in der Lage sein werden, sie zu verändern. Gegen eine staatliche aufsuchende Unterstützung dieser Bemühungen, und nicht zuletzt einhergehend mit einer Verbesserung der Lebensumstände, werden im Allgemeinen auch von Elternseite keine Einwände entgegengebracht werden.

Allerdings bedeutet die Intervention unter Umständen auch das Handeln gegen Elternwillen oder Ausübung eines gesetzlich geregelten Druckes, sich zumindest an der Früherkennung eines besonderen Förderbedarfes zu beteiligen.⁵⁰

⁴⁹ Angedacht war bereits ein allgemeines Rauchverbot, das Eltern untersagen sollte, in Gegenwart ihrer Kinder in geschlossenen Räumen zu rauchen. Ein sicherlich drastisches und auch fragwürdiges Vorgehen, das aber durch Artikel 6GG wegen des Vorrangs des Kindeswohls nicht ausgeschlossen wäre.

⁵⁰ Gesetzlich sind die Frühkindlichen Untersuchungen noch freiwillig, was dazu führt, dass die entwicklungsbegleitenden Untersuchungen von sozial prekären Milieus oft nicht wahrgenommen werden. Dies führt wiederum zu einem Früherkennungsdefizit für soziale Unterstützungsmaßnahmen. Ein gutes Beispiel sind hier die jüngst durchgeführten Sprachtests mit angehenden Schulkindern.

Den Eltern soll nicht durch verhältnispräventive Maßnahmen und **Kompetenzentwicklungskonzepte** das Recht entzogen werden, ihre Kinder nach ihrer Weltanschauung zu erziehen. Sie sollen nur unterstützt werden, ihre Kinder als zukünftige chancengleiche Mitglieder der Gesellschaft zu erziehen. Die Beschränkung auf sozial gefährdete Risikogruppen brächte allerdings eine Art Stigmatisierung (Faltermaier, 2004). Deshalb sollten auch im Sinne einer positiven Förderung alle Familien unterstützt und entlastet werden.

Eltern dürfen theoretisch die Erziehung der Kinder nicht allein auf den eigenen Willen zuschneiden, sondern sollen als Mitglieder der Gemeinschaft auch zum Wohle des Kindes als (künftiges) Mitglied der Gemeinschaft handeln.

Aber genau hier liegt der Teufelskreis der sozialen Benachteiligung. Eltern können nur jene **Kompetenzen und soziale Fertigkeiten** bewusst oder unbewusst weitergeben, die sie selbst erworben haben. Wenn sie also selbst schlecht sozial integriert sind, unter benachteiligten sozialen Lebensumständen leben müssen, was sollen sie ihren Kindern anderes mit auf den Weg geben können, als den ungesunden Umgang mit diesen sozial abträglichen Lebensbedingungen.

Lebensbedingungen, die diesen Kindern als sie umgebende Wirklichkeit schon von Anfang des Lebens an wohlbekannt sind. Dazu gehört dann auch die **Weitergabe gesundheitsschädigender Verhaltensweisen** von Eltern zu Kindern, von denen nur eine das Rauchen ist.

Letztlich müsste der **Begriff des Kindeswohls** neu definiert werden, um den sozialen Komponenten Rechnung zu tragen. Weltanschauliche oder religiöse Anschauungen stehen außen vor. Sie dürften ohnehin nicht vom neutralen, säkularisierten Staat vorgeschrieben werden. Gesundheits- und Sozialkompetenzen sind in einer säkularisierten, modernen Gesellschaft keine weltanschaulichen oder religiösen Bekenntnisse, die der staatlichen Intervention entzogen sein würden. Vielmehr handelt es sich um Grundrüstzeug für ein Leben innerhalb der Gemeinschaft.

Zu den Kompetenzen, die durch die Erziehung eines Kindes vermittelt werden, zählen vor allem die Fähigkeiten, sich als Mitglied in der Gemeinschaft zu integrieren.

Eine Hinwendung zur Stärkung der gesundheitsfördernden Kompetenzen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch staatliche Förderprogramme im Setting modifiziert die staatliche Kontrolle über die Erziehungspflicht der Eltern.

Auch ihnen blieben meist jene fern, in deren Entwicklung das erheblichste Defizit zu vermuten sein wird.

Rauchen ist keine Frage der Weltanschauung oder Religion, die als Verhaltensweise durch die Grundrechte geschützt wird.

Durch Artikel 6 GG kann daher nicht das Recht der Eltern, eigene gesundheitsschädliche oder sozial wenig wirksame Kompetenzen, wie das Rauchen, an die nächste Generation weiterzugeben, geschützt sein.

Andernfalls müsste man behaupten, das GG beauftrage den Staat zu schützen, dass Menschen von vornherein wegen ihrer sozialen Herkunft keine Chancengleichheit in der Gesellschaft haben. Dies soll gerade im Sozialstaat eben nicht der Fall sein, und auch die Grundrechte aus Artikel 2 und 3 GG sprechen von ihrem Auftrag für eine Chancengleichheit.

Die Rechte der Kinder auf die Möglichkeit, eine Existenz innerhalb der Gemeinschaft zu führen, die es ihnen erlaubt, die materiellen und immateriellen Güter der Gemeinschaft, hier ist es die Gesundheit, zu erlangen bzw. zu bewahren, hat der Staat auch gegen elterlichen Willen zu schützen. Seine **Kontroll- und Interventionsrechte** darf er daher nicht nur auf Extremfälle der physischen Gefährdung beschränken, da er zur Schaffung von Chancengleichheit verpflichtet ist. Mit einer Verbesserung der Lebensumstände in benachteiligten Milieus ergäbe sich ohnehin eine Änderung der Kompetenzbildung und auch der **Einstellung zur Gesellschaft**. Eine Integration der Eltern in die Kompetenzförderung ihrer Kinder würde dadurch positiv beeinflusst werden.

Aus dem Artikel 6 GG, der den elterlichen Vorrang bei der Erziehung von Kindern gegenüber einer staatlich beeinflussten Erziehung schützt, ergeben sich keine Einwände gegen eine staatliche Förderung von gesundheitsfördernden Kompetenzen im Kindesalter. Eine ausgleichende Kontrolle und Förderung der benachteiligten Familien würde im Gegenteil der staatlichen Aufgabe der Schaffung von Chancengleichheit nach dem Sozialstaatsprinzip und dem Schutz der Grundrechte entsprechen.

Mit dem Grundrechte der Eltern auf Abwehr staatlicher Interventionen in die Erziehung ihrer Kinder ist das letzte in Betracht kommenden Gegenargument gegen die ursachensensible Prävention zu Gunsten der sozial Benachteiligten nach der hier vertretenden Ansicht ausgeräumt.

Der **Kernbereich des Grundrechtes**, die freie Weitergabe von Religion und Weltanschauung zu gewährleisten, bleibt unangetastet, weil Rauchen und andere gesundheitsschädliche Verhaltensweisen diesen Erziehungsinhalten nicht

gleichgestellt sind. Dies ergibt sich aus den staatlichen Aufträgen aus der Grundrechtssystematik und dem Sozialstaatsprinzip.

3.6 Zusammenfassung zu den rechtlichen Strategien

Rauchen als Handlung kann je nach Beweggrund unter völlig anderen Gesichtspunkten betrachtet werden. Es bleibt immer die Abgrenzung zwischen einer völlig frei getroffenen Entscheidung, die losgelöst von sozialen Gegebenheiten getroffen wird. Und der Annahme einer gerade nicht frei von sozialen Aspekten gewählten Handlungsalternative, die im sozialen Alltag der von diesen sozialen Bedingungen betroffen eine echte Hilfe zur Alltagsbewältigung darstellt.

Für das Eine spricht die vom Raucher selbst gefällte Entscheidung zu rauchen. Schließlich wird niemand gezwungen, zur Zigarette zu greifen. Für das Andere spricht aber die in allen Industrieländern **vorherrschende soziale Polarität**.

Es entscheiden sich Menschen mit sozialen Erschwernissen im Lebenslauf weitaus häufiger, als Personen aus anderen sozialen Umfeldern für das Rauchen. Sie bleiben trotz Präventionsbemühungen der Gesellschaft auch dabei, anstatt zum Nichtraucher zu werden. Ein Schritt, der anderen Rauchern aus sozial nicht benachteiligten Milieus ungleich häufiger gelingt, obwohl die **Präventionsangebote für alle** gleich gestaltet werden.

Gesundheitserziehung, die allein auf die Entscheidung zu rauchen abzielt, wirkt bei Menschen, die in einem rauchfördernden sozialen Milieu leben, wenig, wenn eben diese soziale Lage, die Entscheidung als Anpassung bedingt.

Mit eben dieser Problematik befassten sich die vorangehenden Kapitel.

Es wurde dargestellt, dass eine willentliche Entscheidung zu rauchen nicht auch gleichzeitig eine **freie Entscheidung gegen das Nichtrauchen** sein muss, wenn soziale Verhältnisse, denen man durch die Gemeinschaft ausgesetzt wird, die Freiheit, sich zu entscheiden einengen. Auf dieser Grundlage wurden die Rechte der sozial Benachteiligten Raucher, die zurzeit erheblich weniger an der Tabakprävention in Deutschland profitieren, auf Gleichstellung mit nicht aus diesen Milieus stammenden Rauchern diskutiert. Schließlich verhilft ihnen die Gemeinschaft zu einem gesunden, längeren Leben, das frei von den Beeinträchtigungen des Rauchens ist. Ergo bewahrt der Staat diese Gruppen von

Rauchern oder angehenden Rauchern vor tabakbedingten körperlichen Beeinträchtigungen.

Ausgehend von der Frage, ob ein Anspruch gegen den Staat besteht, auch ihnen durch ursachensensible Präventionspolitik ein gesünderes, rauchfreies Leben, das er Personen aus anderen Milieus gewährt, ebenfalls zu gewähren, wurden die Grundrechte als Ansprüche gegen den Staat geprüft

Als Anspruchsgrundlagen werden die **Grundrechte unter zwei Aspekten** geprüft.

Neben der Frage nach dem Schutz vor körperlicher Unversehrtheit aus Artikel 2 I GG, wurde auch erörtert, ob es einen Anspruch auf Gleichstellung mit den Raucher aus nicht sozial benachteiligtem Milieu nach Artikel 3 GG geben kann.

Im ersten Teil wurde das Sozialstaatsprinzip als mögliche direkte Anspruchsgrundlage auf Aufhebung der sozialen Ungleichheit untersucht. Das Sozialstaatsprinzip, aus dem zahlreiche soziale Grundsätze abzuleiten sind, gewährt aber weder einen **Anspruch auf Aufhebung der sozialen Ungleichheit** in Form einer „klassenlosen“ Gesellschaft, noch begründet es konkrete Ansprüche auf staatliches Handeln. Ausnahmen sind extreme Fälle der sozialen Beeinträchtigung, wie das Gewähren des Lebensnotwendigen, die hier aber nicht vorliegen. Vor allem verweist das Sozialstaatsprinzip auf die Grundrechte, die konkrete Ansprüche auf Schutz und Gleichbehandlung normieren.

Fußend auf der Annahme, dass der Staat durch Prävention Mitglieder anderer Milieus vor den schädlichen Folgen des Rauchens bewahrt, denen die Menschen aus sozial benachteiligten Milieu verstärkt ausgesetzt sind, wurde das Freiheitsgrundrecht der **Gewährleistung der körperlichen Unversehrtheit** aus Artikel 2 I GG durch den Staat näher betrachtet. Nach Darstellung der verschiedenen juristischen Aspekte der Freiheitsrechte vom originären Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe bis zum Gewährleistungsanspruch auf Schaffung von Zuständen, die den Erhalt der körperlichen Unversehrtheit ermöglichen, erfolgte die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen eines Gewährleistungsanspruches aus Artikel 2 II GG.

Ein Hauptkriterium war die Abgrenzung von einer freien Entscheidung zur Selbstschädigung, die einem **Grundrechtsverzicht** gleich gekommen wäre. Ausgehend von der rechtlich anerkannten Einschränkungen der Entschließungsfreiheit, die eine willentliche Entscheidung nicht als freiwillige Entscheidung zurechnen lassen, wurden diese Ausschlussgründe auf Raucher aus sozial benachteiligten Milieus übertragen.

Durch strukturelle „Gewalt“, die ihnen aus ihrer sozialen Lebenswirklichkeit erwächst, ist ihre Entscheidung nicht mehr frei wie bei anderen Rauchern, die aus Genuss oder Nikotinsucht rauchen, sondern es erfüllt einen sozialinduzierten Zweck in der Alltagsbewältigung dieser Menschen.

Demnach „nötigt“ die Gesellschaft ihnen mit dem Leben in sozialer Benachteiligung auch den damit untrennbar verbundenen ungesünderen Lebensstil mit ungesunden Bewältigungskompetenzen auf, indem sie hinnimmt, dass Menschen in Milieus leben, die als Konsequenz gesundheitsschädliches Verhalten sicher hervorbringen.

Von einer von sozialen Komponenten unabhängigen Entscheidung, sich selbst zu schädigen, und damit von einem Verzicht auf Schutz der körperlichen Unversehrtheit bzw. auf das Nichtrauchen kann daher bei diesen Personen meiner Ansicht nach ebenso wenig die Rede sein, wie von einem freiwilligen Verzicht auf Bildung und einen gut bezahlten, sicheren Beruf..

Das Sozialstaatsprinzip wurde zur Bejahung einer Handlungspflicht bei der Gestaltung der Tabakprävention als Auslegungsmaßstab mit herangezogen. Es gebietet dem Staat nicht nur irgendwas zu tun, sondern **Effektives zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit** zu veranlassen.

Da die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus in ihrer Nutznießung der Tabakprävention den Rauchern anderer Milieus nicht gleichstehen, wurde ein Gleichstellungsanspruch aus Artikel 3 I, III GG der sozial Benachteiligten in der Tabakprävention betrachtet. Danach darf niemand nach seiner sozialen Herkunft bevorzugt oder benachteiligt werden. Am Anfang steht das Verbot, nichts Ungleiches gleich zu behandeln oder Gleiches ungleich zu handhaben. Hier wurde dargelegt, dass die **Begriffsbildung „Raucher“**, die dann alle gleich zu behandeln werden, wegen der unterschiedlichen Funktion des Rauchens im Leben der Betroffenen, nicht differenziert genug ist.

Die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus sind im Vergleich zu den Rauchern aus anderen Milieus ungleich. Rauchen unterscheidet sich in Funktion und Verursachung so erheblich von anderen, dass ein anderer Sachverhalt entsteht, der von anderen Rauchern sich erheblich unterscheidet. Durch das rechtliche Gleichbehandeln aller Raucher, gleich aus welchen Beweggründen sie rauchen, wird Ungleiches gleich gestellt. Die einen können die Entscheidung zu rauchen durch Umgestaltung ihres Willens revidieren, den anderen entsteht ein „Kompetenzloch“ in der Alltagsbewältigung, das ihre willentliche Entscheidung erheblich erschwert.

Die Prävention, die eben nur an der willentlichen Entscheidung ansetzt, ist für Menschen aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen eher nutzlos, da durch Einflussnahme allein auf den Willen ihre **Rauchmotivation nicht neutralisiert** wird. Bei ihnen bleiben die sozialen Konsumursachen weiter wirksam. Eine von Artikel 3 GG geforderte gleiche Rechtsbetroffenheit, als gleich in Voraussetzungen und Auswirkungen, entsteht durch das schematische rechtliche Gleichbehandeln gerade nicht.

Nach Bejahung dieser Gleichstellung ungleicher Sachverhalte durch undifferenzierte Begriffsbildung „Raucher“, werden Rechtfertigungsgründe beleuchtet. Das Gesetz verbietet **die soziale Herkunft als Differenzierungsgrund**. Aber bei den Raucher aus sozial benachteiligten Milieus würde durch besondere Maßnahmen nicht ein „Mehr“ gewährt, sondern ein „Weniger“ ausgeglichen. Somit liegt auch keine Bevorzugung im Sinne des Artikels 3 III GG vor, die verboten wäre. Andernfalls verstößt das Schlechterstellen durch die Unerreichbarkeit der Anspruchsvoraussetzungen gegen das Verbot der sozialen Differenzierung des Artikels 3 III GG.

Auch in Bezug auf den Gleichstellungsanspruch in der Prävention wurde das **Sozialstaatsprinzip als Auslegungsmaßstab** herangezogen. Dies stellt klar, dass nicht irgendeine Aktivität vom Staat zur Gleichstellung gefordert ist, sondern eine effektive. Deshalb sind die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus nicht nur im faktischen Zugang, sondern auch im Erfolg der Tabakpräventionsmaßnahmen den anderen Rauchern rechtlich gleichzustellen.

Im dritten Teil wurden die **Gegenrechte** gegen einen staatlich garantierten Gewährleistungsanspruch erwogen.

Weder die allgemeine **Handlungsfreiheit der Raucher**, die **Gewerbefreiheit** der mit Tabakherstellung und dessen Vertrieb befassten Personen noch das **Abwehrrecht von Eltern gegen staatliche Eingriffe** in ihr Erziehungsprimat nach Artikel 6 GG stehen dem staatlichen Handeln entgegen, die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus anderen Raucher in der Effektivität der Tabakprävention gleichzusetzen.

Vielmehr sind die Pflichten des Staates auf Gleichstellung in der Prävention gegen Rauchen und Schutz der körperlichen Unversehrtheit gegenüber den Gefahren des Rauchens für alle Menschen in Deutschland vorrangig.

Im Ergebnis eröffnen die Grundrechte kein Recht auf Rauchen, sondern auf effektiven Schutz gegen die damit verbundenen Gefahren durch ursachensensible Tabakprävention, die die sozialen Komponenten des Tabakkonsums aufgreift und als Auslöser neutralisiert.

Im nachfolgenden Kapitel möchte einen **Umsetzungsvorschlag als Konzept** erarbeiten, das diese Rechtsansprüche der sozial benachteiligten Raucher vollziehen könnte.

Dabei ist zu beachten, dass der Staat einerseits keine grundrechtsrelevanten Gegenrechte als Rechtmäßigkeitskriterium beachten muss, aber es dennoch Grundgesetzwertungen gibt, die vor allem in der Praxis einem Vollzug dieser Ansprüche erheblichen Widerstand entgegen setzen können. Diese werden dann am strukturellen Ort diskutiert und Lösungsvorschläge versucht.

Denn auch grundgesetzlich normierte Ansprüche gegen den Staat unterliegen dem **Procedere der föderativen Strukturen**.

Allerdings sind auch die Länder an die Grundrechte gebunden und zum gedeihlichen Zusammenarbeiten mit dem Bund verpflichtet.

Wie dies im Einzelnen aussehen kann, und welche Voraussetzungen für eine ursachensensible Tabakprävention geschaffen werden müssen, sind Fragen, die vor allem **Kompetenzförderung und Verbesserung der Lebensbedingungen** der sozial benachteiligten Personen betreffen werden.

Dies sind vor allem Aufgaben der Überarbeitung überkommener föderativer Kompetenzaufsplitterungen, die angeregt werden sollen.

Entstehen soll kein Votum für ein Ideal, das sich in der Praxis ohnehin nicht verwirklichen ließe, sondern ein **gesellschaftliches Querschnittsmodell**, das alle Ressourcen unserer Gesellschaft einbindet, um die soziale und damit gesundheitliche Benachteiligung zu reduzieren.

In Anbetracht der Entstehungszeit der sozialen Benachteiligung in unserer Gesellschaft kann sich eine Änderung auch nur in **mittelfristigen Zeiträumen** vollziehen, auch wenn an verschiedenen Ansatzpunkten gegengesteuert werden wird.

4. *Konzeptvorschlag zur Bekämpfung des Tabakkonsums durch gesundheitliche Förderung sozial Benachteiligter*

Nachdem im vorangegangenen Kapitel ein möglicher Grundrechtsanspruch der sozial Benachteiligten Raucher auf gleichen Gesundheitsschutz durch ursachenbezogene Prävention beschrieben wurde, möchte ich jetzt eine Konzeptbeschreibung für die **Umsetzung dieser Grundrechtsansprüche** innerhalb der deutschen Tabakpräventionspolitik versuchen.

Dabei ist die Interdisziplinarität der Public Health von besonderer Bedeutung. Allein mit juristischen oder medizinischen Maßnahmen ist einem sozialen Problem, wie das Rauchen, dessen Ursache in vielen sozialen Wechselwirkungen liegt, nicht adäquat zu begegnen.

Wenngleich **gesetzgeberische Maßnahmen** eine wichtige Voraussetzung der Gesundheitsförderung sind (Mosebach/Schwartz/Walter, 2004: 344). Sie können nur die Rahmenbedingung für das Agieren der an der Prävention beteiligten Instanzen bilden. Da es sich bei Prävention und Gesundheitsförderung um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, sind auch **gesamtgesellschaftliche Aspekte** mit einzubeziehen (Hurrelmann/Klotz/Haisch, 2004: 17).

Deshalb geht ein Konzept zur grundrechtlichen Gleichstellung der sozial Benachteiligten auch über den Vorschlag einzelner Präventionsmaßnahmen im engeren Sinne hinaus. Der Weg einer Gesundheitsförderung in der demokratischen Gesellschaft beginnt beim politischen Willen, Gesundheitsförderung im Sinne der WHO zu betreiben (Schmidt, 2000; Bröskamp-Stone et al., 1998).

Ohne politischen Willen gibt es keine gesetzlichen Grundlagen für die Durchsetzung der Grundrechtsansprüche der sozial Benachteiligten. Und ohne diese Gesetzesgrundlagen gibt es keinen gesundheitsfördernden Umbau des Systems nach sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zu Gunsten der sozial Benachteiligten.

Als Problem mit sozialer Verursachungskomponente bedürfte Rauchen der Umstrukturierung der sozialen Realitäten in der Gemeinschaft. Denn mit der Aufhebung der sozialen Ursachen würde auch der Wille zum Nichtrauchen in den benachteiligten Milieus entscheidend gefördert werden.

Zur Umgestaltung steht **das gesamte System** als intersektorale Aufgabe an, darin liegt der Hauptunterschied zur bislang praktizierten Gesundheitserziehung (Kolip, 2003; Altgeld & Kolip, 2000). Als Gesamtgesellschaftsziel steht das organisierte

Handeln, alle physischen und sozialen Lebenslagen so zu gestalten, dass ein gesundes Leben nicht nur möglich ist, sondern die gesündere Lebensweise auch zur leichter zu lebenden Wahl wird (Rosenbrock, 1998; Altgeld & Walter, 1997).

Der soziale Verursachungszusammenhang zwischen Milieu und der Entscheidung zu rauchen bleibt bislang aktiv und unterläuft den Effekt der Nichtraucherförderung. Die Nichtraucherförderung müsste vor allem indirekt über die **Neutralisierung der verursachenden sozialen Faktoren** laufen, um das Nichtrauchen auch in diesen Settings zur leichter zu lebenden Verhaltenswahl zu machen.

Neben der Beschreibung der beizuhaltenden oder zu modifizierenden Tabakprävention mit Steuerung von Angebot und Nachfrage, handelt es sich bei dem Konzept zur Realisierung der Grundrechte sozial Benachteiligter um eine **Entwicklung von gesellschaftspolitischen Schritten**, wie sie die WHO zur Gesundheitsförderung vorsähe. Grundlage dieser Entwicklungsimpulse, die diese Konzeptbeschreibung der Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung in der Tabakprävention beinhaltet, ist das Grundgesetz als Grundlage der deutschen Gesellschafts- und Sozialordnung.

Es enthält einerseits Regelungen, die es zu berücksichtigen gilt, um den Verfassungsauftrag aus den Grundrechten zu Gunsten der sozial Benachteiligten ernst zu nehmen. Andererseits werden auch Normen diskutiert werden müssen, die in Auslegung oder in einer etwaigen Neufassung diesem grundgesetzlichen Auftrag angepasst werden sollten

Ein gesamtgesellschaftliches Konzept, wie die Verursachung des Tabakkonsums durch die soziale Benachteiligung, wird auch ein effektives Konzept die verschiedenen Wechselwirkungen aufgreifen und zu neutralisieren suchen.

Wie die WHO festlegte, bedürfte es neben der **Angleichung der gesundheitsschädigenden Lebensumstände** in den benachteiligten Milieus auch einer **positiven Förderung der Lebenskompetenzen**, um den Verzicht auf gesundheitsschädliche Verhaltensweisen realisieren zu können (Empowerment) (WHO, 1986).

Zunächst erfolgt eine Beschreibung der gesamtgesellschaftlichen Voraussetzungen, die soziale Benachteiligung als Auslöser gesundheitsschädlicher Kompetenzen zu verringern. Danach sollen Vorschläge unterbreitet werden, wie diese gesundheitsschädigenden Kompetenzen peu à peu in gesundheitsförderliche umgewandelt werden könnten.

Um dies zu erreichen, steht in der Demokratie die **Willens- oder Bewusstseinsbildung**, die einer gesellschaftlichen Umorientierung vorausgehen muss. Sie ist an verschiedene Phasen gebunden, die als Grundvoraussetzungen im ersten Unterkapitel umschrieben werden. Auch nach der Willensbildung in der Gesellschaft müssen verschiedene tatsächliche und rechtliche Hürden im Vollzug der Willensbasis genommen werden, um diesen gesamtgesellschaftlichen Auftrag in der Politik tatsächlich umzusetzen.

Am Ende wird dann die **Diskussion des größten Hindernisses** auf dem Weg der Förderung der sozial Benachteiligten zur gesundheitlichen Gleichstellung stehen. Das System des Föderalismus und des fehlenden koordinierenden, bündelnden Überbaus über die konzeptionellen Bemühungen innerhalb der Selbstverwaltungseinheiten der vielfältigen Akteure der Gesundheitspolitik sind problematisch (Mosebach/ Schwartz/ Walter, 2004). Dieses System erschwert, wie Schmidt bereits zur Jahrtausendwende beschrieb, durch eine Vielzahl von Interessen- und Kompetenzzersplitterungen die Durchsetzung einer einheitlichen gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung (Schmidt, 2000). Aber auch in dieser Hinsicht könnten sich Hilfen durch eine etwas andere Auslegung grundrechtlicher Normen ergeben. Dazu bedürfte es nicht gleich einer umfassenden Föderalismusreform.

Besonders komplex erscheint diese Problematik, wenn ein Sachverhalt, wie das Fördern sozial Benachteiligter, **verschiedenen Ressorts und Kompetenzträgern** in verschiedenen Ebenen öffentlich-rechtlicher Körperschaften unterfällt, und ohne deren koordiniertes Zusammenspiel keine sinnvollen Resultate erwartet werden können.

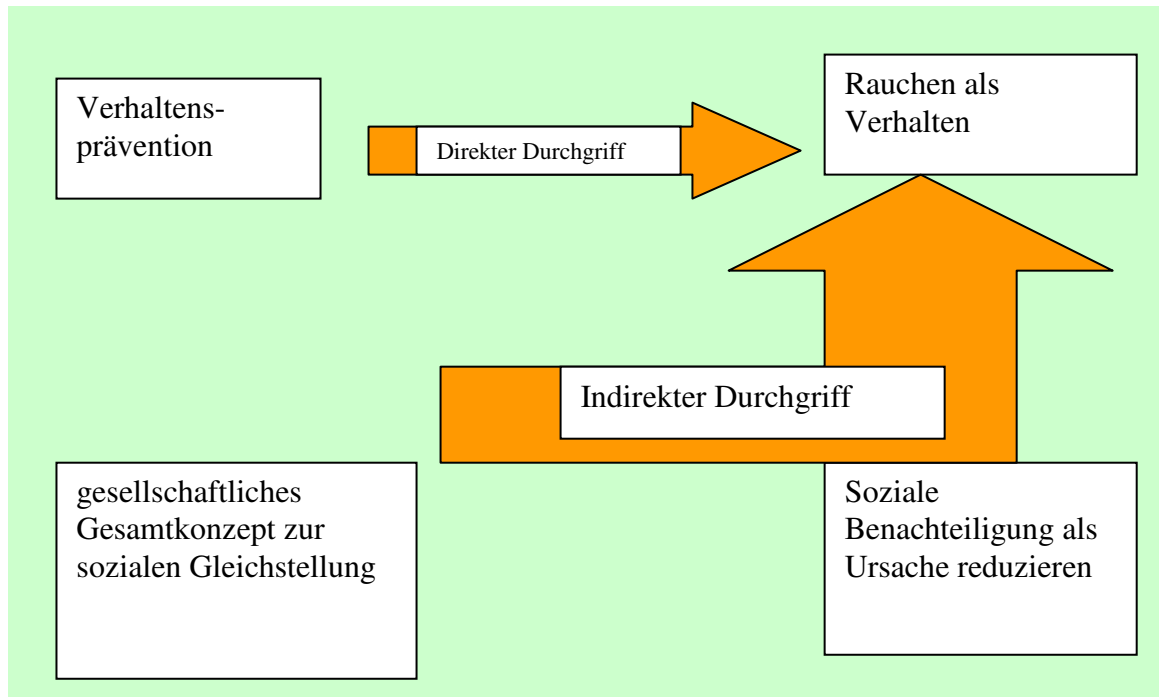
In der Graphik ist dieser Weg zu besseren Tabakpräventionsergebnissen kenntlich gemacht. Ein direktes Vorgehen gegen die Rauchentscheidung bringt dann keine Resultate, wenn die dahinter stehenden sozialen Ursachen der Verhaltensweise, immer wieder zum Rauchen drängen.

Nichtraucherförderung ist erheblich effektiver, wenn die Ursachen zunächst aufgehoben werden, damit die Nichtraucherentscheidung gefällt und durchgehalten werden kann.⁵¹ Die Verhaltensalternative des gesundheitlichen Verhaltens sollte nach Zielsetzung der WHO und nach Unterzeichnung der Charta auch in

⁵¹ Wie bei einem Sumpf, den es trocken zu legen gilt, würde man auch erst die Zuflüsse abgraben oder umleiten, bevor man darauf hofft, er fiele trocken.

Deutschland in allen sozialen Milieus die leichter zu lebende Alternative sein (WHO, 1986; Altgeld & Kolip, 2004).

(Schaubild 33: Unterschiedliche Wirksamkeit von direktem zum indirektem Präventionsdurchgriff auf das Verhalten „Rauchen“)



Gesundheitliche Aufklärung innerhalb der Prävention hat erst dann einen Wert, wenn die **Aufnahme- und Umsetzungskompetenz der Menschen** auf ein positiv wirksames Niveau, über das zurzeit die Angehörigen der mittleren oder oberen Gesellschaftsschicht verfügen, angehoben werden.

In der Graphik ist dieser Zusammenhang in der indirekten Eingriffsebene durch einen dicken Pfeil dargestellt. Ohne die Verlustwirkung der sozialen Lage, auf die zuerst einzuwirken ist, bleibt auch mehr Effekt für die Entwicklung des gesundheitsförderlichen Willens in den sozial benachteiligten Milieus zum Nichtrauchen.

Ein **Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik** könnte dieses Ziel erreichbar machen. Bislang wurde aus Erwägungen des Sozialstaatsprinzips nur die Sicherung des Existenzminimums betrieben. Der Aspekt der Chancengleichheit und der Sicherstellung der gleichen Rechtsbetroffenheit sozial Benachteiligter durch die staatliche Rechtssetzung wurden wegen der Ausrichtung auf physische Bedürfnisse nicht ausschlaggebend berücksichtigt. Schnabel monierte diese Praxis. Er sieht bei der Unterstützung das Erfordernis, sich weniger subsidiär sich am bestehenden

Unvermögen der eigenen Lebensführung der Betroffenen orientieren, als mehr im Sinne des Empowerments kompensatorisch ansetzen (Schnabel, 2001).

Das heißt, das Maß der staatlichen Intervention dürfte zur Erfüllung des grundrechtlichen Auftrags gegenüber den sozial Benachteiligten nicht länger **die unterste Stufe des Existenzminimums** sein. Zudem dieses nach dem Subsidiaritätsprinzip auch noch unterschritten werden muss, bevor die Gemeinschaft überhaupt mit dem Ziel interveniert, eben diese unterste, nur materiell definierte Stufe der Existenz mit der Unterstützung wiederherzustellen.

Ein Zurückziehen auf bloßen **Defizitausgleich** bis zur untersten Stufe der physischen Existenz verstößt nach meiner Ansicht gegen die grundrechtlichen Ansprüche sozial Benachteiligter auf gleichen Schutz ihrer Gesundheit. Denn Raucher sind je nach sozialer Lage eben nicht gleich, sondern haben einen Anspruch auf besondere ursachenbezogene Förderung, damit sie ebenso wie andere Personen ein **selbstbestimmtes Konsumverhalten** entwickeln können.

Wer wie viel **Empowerment** erhält, müsste allein sein persönlicher Bedarf entscheiden, und der ergibt sich aus den Lebensumständen seines sozialen Milieus.

Zeitlicher Ablauf von der Bewusstseinsbildung zur Systemgestaltung

Erstens umfasst es als Gesundheitsförderung das gesamte soziale System und nicht nur risikofaktorengeleitete Prävention (Altgeld & Kolip, 2004).

Um zu diesem Zustand zu gelangen, muss das Problem der gezielten Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter die gleiche „Karriere“ durchlaufen wie jedes andere gesellschaftliche Problem in einer Demokratie. Erst dann kann es vom Ziel zur gesellschaftlichen Handlungsnorm werden.

Am Anfang steht die Konkretisierung des **Auftrags aus den Grundrechten (1)**

Im Sinne der gleichen Rechtsbetroffenheit durch Regelungen einer Tabakpräventionspolitik im Sinne der Grundrechte heißt dieser Auftrag, Menschen zu selbstbestimmten und sozial integrierten Mitgliedern der Gesellschaft zu machen. Erst dann wird ein Vorgehen gegen den Tabakkonsum effektiv gestaltet werden können. Danach bedarf es einer **Willens- oder Bewusstseinsbildung (2)** zugunsten der sozial Benachteiligten durch Einflussnahme und Sensibilisierung der Menschen, vor allem der Jugend. Vorurteile müssen dabei ebenso abgebaut werden, wie nach der Bewusstseinsbildung das System auf positive Förderung ausgerichtet werden müsste. Diese Phase des Konzeptes der Systemanpassung könnte **Vollzugsphase (3)**

heißen. Das System wird rechtlich auf **entwicklungsbegleitendes Empowerment** der sozial Benachteiligten ausgerichtet. Danach steht ein Empowerment für sozial Benachteiligte in ihren sozial prekären Lebensumständen als systemisches Ziel. Die Orientierung erfolgt an ihren Lebensumständen und ihrem Kompetenzbedarf, so dass die heute vorherrschende Beschränkung auf Defizitausgleich durch positives Fördern ersetzt wird.

Am Schluss stünde schließlich eine Phase des Umsetzens und Weiterentwickelns. Man könnte sie **Ziel- oder Umsetzungsphase (4)** nennen. Hier sollte dann die gezielte entwicklungsbegleitende Förderung als ursachensensible Prävention in der Praxis stattfinden und evaluiert werden. Lebensumstände ändern sich und damit auch die Anforderungen an ein positives Fördern.

An dieser Stelle wird schon deutlich, wie aufwendig und komplikationsreich die gesundheitsförderliche Umstellung des Systems auf Förderung sozial Benachteiligter ist. Abgesehen von dem allgemeinen Zeitaufwand eines Konzeptes dieses Umfangs wird sich die Schwerfälligkeit des Systems in Richtung Systemerhalt ver hindernd auswirken.

Nur wenn alle Phasen in zeitlicher Abfolge durchlaufen sind, könnte das Konzept wirksam werden. Fehlen eine oder zwei vorausgehende Phasen, dann können die verbleibenden Zielsetzungen, auch wenn sie verstärkt betrieben würden, dieses Defizit wohl nicht ausgleichen.

Fehlt es an einer Sensibilisierung und Akzeptanz im Bewusstsein der (jungen) Menschen wird sich in konservativ ausgerichteten Zeiten, die mit Selbstverantwortung und Individualisierung argumentieren, kein politischer Wille bilden und auch keine Systemanpassung zur Gesundheitsförderung auf Dauer etablieren können (Goldstein & Engwall, 1992). Der Ansatz der WHO (WHO, 1986), zu dessen Umsetzung sich auch Deutschland verpflichtet hat, geht von Gesundheitsförderung durch Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten aus und wird deshalb zu politikbeeinflussender Verhältnisänderung (Trojan, 1995; Bröskamp-Stone et al., 1998).

Erst bei Zusammenwirken im zeitlichen Ablauf der Phasen von 1 bis 4 käme es zu einer dauerhaften Umsetzung der grundgesetzlichen Ansprüche sozial Benachteiligter durch das System.

Zurzeit entspricht der verhaltensbezogene und medizinfokussierte Ansatz noch der gesamtgesellschaftlichen **Akzeptanz der Entsolidarisierung** (Tesh, 1990; Leichter,

1991;). Deshalb verstärken die politischen Kräfte ihre Bemühungen auf die politisch unverfängliche und ins Bewusstsein passende Zuweisen von persönlicher Verantwortung an den Konsumenten unter Ablehnung einer gesellschaftlichen Mitverantwortung, Gesundheitsförderung wird damit unpolitisch privatisiert (Dahme & Wohlfahrt, 1998). Dies entspricht allerdings nach der hier vertretenen Ansicht nicht dem Grundrechtsauftrag des Staates aus dem GG.

Im Folgenden werden die Phase der Willens- und Bewusstseinsbildung in Richtung positive soziale Förderung und die Phase der Vollzugs- oder Systemgestaltung in Form von konkreten Projektvorschlägen näher erläutert.

Nach schulischen Projekten und medialer Bewusstseinsbildung will ich versuchen, in einer Auswahl die wichtigsten Bereiche der Systemgestaltung zur positiven Förderung sozial Benachteiligter vorzustellen. Dabei geht es um gesetzliche Anpassungen an den **Grundrechtsauftrag auf sozialsensible Prävention** zur Gleichstellung der sozial Benachteiligten im Schutz der körperlichen Unversehrtheit und im Erfolg der Tabakprävention durch Ungleichbehandlung der verschiedenen Rauchertypen.

Im sich anschließenden Ausblick werden die entgegenstehenden gesetzlichen Hürden, vor allem die der föderativen Struktur des Staatswesens beschrieben und bewertet, die sich im Zusammenhang mit der Umsetzung des grundgesetzlichen Anspruch der gesundheitlichen Förderung sozial Benachteiligter ergeben können. An dieser Stelle will ich die Frage nach der Neudefinition des Kindeswohls als Grundlage staatlicher Interventionen in die Erziehung untersuchen.

In der jetzt folgenden allgemeinen Übersicht sind die einzelnen Phasen des Konzeptvorschlages, das sich an der Willensbildung bis zur Normgebung in einer demokratischen Gesellschaft orientiert, neben einander zur Orientierung dargestellt. In jeder Phase sind besondere Probleme zu erwarten.

Diese sind exemplarisch jeder der vier Phasen zugeordnet. Im unteren Bereich sind die beiden grundsätzlichen Hemmnisse des Systems aufgeführt, die einen Paradigmenwechsel in der Tabakpräventionspolitik zu Gunsten der sozial Benachteiligten grundsätzlich erschweren werden.

Im Nachgang werden die einzelnen Phasen en detail vorgestellt und in Hinblick auf die Umgestaltung der Tabakpräventionspolitik zu Gunsten der Förderung sozial Benachteiligter beleuchtet.

Schaubild 34: ganzseitig: Die vier zeitlichen Phasen des Konzeptvorschlags und auftretender Probleme, die sich der Systemgestaltung entgegenstellen)

Probleme eines ressortübergreifenden, gesamtgesellschaftlichen Konzeptes zur gesundheitlichen Förderung sozial Benachteiligter

1. Phase:

Vernünftige Zielsetzungen für die Prävention

- Konkretisierung des Auftrags aus dem GG
- Glaubwürdigkeit eines moderaten Gebrauchs
- Anerkennung einer gesellschaftlichen Verantwortung

2. Phase:

Entwicklung eines sozialen Bewusstseins

- Gegen das medizinische Modell
- Weniger greifbare Resultate
- Medien
- Sozialmarketing
- Kompetenzvermittlung je nach angestrebter gesellschaftlicher Stellung
- ÖGD- Verzicht des Staates

3. Phase:

Vollzug des Bewusstseins durch Normgebung

- Paradigmenwechsel im Sozialrecht
- Bildungsförderung
- Familienförderung
- Settingbezogene Förderungen
- Aufsuchdienste
- Umfeldplanungen
- Entwicklungsbegleit. Kompetenzföderung.
- Usw.

4. Phase:

Dauerhafte Umsetzung und Evaluation

- Stete Aktualisierung der Maßnahmen und Überprüfung der Wirksamkeit

Problem: Gesellschaftliche Verantwortung vs. Eigenverantwortung

- politisch verfänglicher als medizinbasierte Prävention
- längerfristige Resultate

Problem: Föderalismus nach dem GG

- langsame Entscheidungsfindung
- kein koordinierender Überbau
- Ressort- und Kompetenzsplitterung

Komponenten der Bewusstseinsbildung

Die Raucherprävalenz unter den sozial Benachteiligten zu senken, erfordert das Integrieren aller gesellschaftlichen Elemente, die ihrerseits auch an der Entstehung der sozialen Benachteiligung beteiligt sind. Die Entstehungskautelen für das schlechtere Gesundheitsverhalten sind ebenso multikonditional wie die Wege, sie zu reduzieren.

Am Anfang einer jeden Wandlung in der Gesellschaft bedürfte es eines **zielgerichteten politischen Willens**, etwas zu verändern⁵².

Erst auf diesem gesellschaftlichen Willenskonsens ließen sich überhaupt weitergehende Interventionen und Gesetzesgrundlagen für die Entlastung der Lebenssituation und Empowerment sozial Benachteiligter aufbauen.

Vor allem soziale Veränderungen rufen oft Begehrlichkeiten, Angst um Besitzstände oder den Hinweis auf das Primat der Finanzierbarkeit hervor, die solidarische Neuerungen schwerer realisierbar machen (Schmidt, 2000).

Bestärkend wirkend ein um sich greifendes Klima der **Entsolidarisierung und der Akzentuierung der Eigenverantwortlichkeit**, das ausschließlich gesundheitliche „Siegertypen“ belohnt (Keupp, 1995; Tesh, 1990). Zu eben diesen gehören sozial Benachteiligte nicht.

Es ist meist von der Stimmung in der Bevölkerung oder der Nähe zu Wahlgängen abhängig, wie sich soziale Fragen in den politischen Gremien lösen lassen. Vor allem konservative politische Kreise unterstützen nach wie vor ein medizindominiertes Modell für die Gesundheitspolitik in Deutschland, das soziale Komponenten als Gesundheitsfaktor nicht vorsieht (Rosenbrock, 1997). Der fast völlige **Verzicht des Bundes auf einen ÖGD** und eine faktische Übertragung an die Selbstverwaltung mit einem Medizinschwerpunkt erschwert zudem ein staatliches Agieren auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung (Costomzyk, 2003; Schmacke & Brand, 2003).

Daraus ergibt sich das Grundproblem im vorliegenden Fall der Gesundheitsförderung der sozial und gesundheitlich Benachteiligten. Die fast völlige **Kongruenz zwischen Ursache und Abhilfe** erschwert den Lösungsansatz erheblich.

Sowohl das System unserer Gesellschaft selbst ist ein Problem.

⁵² Ein gutes Beispiel ist das Umweltbewusstsein in der Bevölkerung, dass dem Umweltschutz den Weg auf die politische Agenda gebahnt und seine Erhebung zum Verfassungsziel (Artikel 20aGG) erst ermöglichte.

Es setzt Menschen gesundheitsgefährdenden Lebensumständen, aus und zieht durchaus auch Nutzen daraus.

Aber das System ist auch Teil der Lösung.

Durch Aufnahme der sozialen Benachteiligung als Gesundheitsrisiko in den gesamtgesellschaftlichen Willensbildungs- und Rechtssetzungsprozess könnte eine Angleichung des Gesundheitsverhaltens erreicht werden.

Werden Auftrag aus den Grundrechten und die Willensbildung nicht vorab ausreichend beachtet, bliebe eine isolierte Überarbeitung des sozialen Systems mit dem Ziel der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter auf Dauer im Vollzug folgenlos, wenn sie denn überhaupt in einer der Demokratie möglich wäre.

Wie bei allen Konzepten zur gesundheitlichen Förderung sind keine kurzfristigen Erfolge zu erwarten und der **Wirksamkeitsnachweis** ist schwer zu erbringen (Nutbeam, 1996; McQueen, 2000). Das macht sie für politische Willensbildung wenig attraktiv, da hier nur Erfolge für den Machterhalt zählen.

Ein Nachteil, den die biologisch-personalen Modelle weniger aufweisen, sie haben deshalb eine enorme **Überzeugungskraft** mit breiter Akzeptanz in der Bevölkerung (Leichter, 1991). Wie alle Bereiche der Sozialpolitik ist auch die Drogenpolitik sehr anfällig für Volkswirtschaftserwägungen und die öffentliche Meinung (Mosebach/Schwartz & Walter, 2004). Vor allem, wenn der Irrglaube weiter um sich greifen sollte, dass allein mit Verboten sinnvoll Prävention zu betreiben sei (Böllinger, 2000).

Aber ohne Glaubwürdigkeit der Sozial- und Gesundheitspolitik zu Gunsten sozial Benachteiligter wird sich auch mittelfristig durch die heranwachsende Jugend kein gesellschaftlicher Wandel einstellen.

Am Anfang stünde die **Vorgabe der vernünftigen Zielsetzung** zum Anstoß einer gesellschaftlichen Willensbildung zur Angleichung der Lebensverhältnisse sozial benachteiligter Milieus. Oberstes Ziel wäre dabei die **Glaubwürdigkeit**, um die Jugend zum Umdenken anzuregen, aber dazu bedürfte es des Umgangs mit der Jugendkultur (Nickels, 2000: 290). Hier steht einerseits das Überdenken der strikten Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen ebenso an, wie die Bewertung der Sucht im gesellschaftlichen Kontext (Pörksen, 2000: 301f).

Soziale Benachteiligung muss den **Nimbus des Eigenverschuldens** in den Köpfen der Menschen verlieren. Die Betroffenen erführen, von der Gesellschaft ernst

genommen zu werden, und die Nichtbetroffenen erhielten Gelegenheit, ihre Vorurteile über Eigenverschulden abzubauen.

Durch die Verknüpfung des Rauchverhaltens mit den Bedingungen sozialer Benachteiligung kann deshalb die Zielsetzung nicht einfach weiterhin lauten:

Jemand soll Nichtraucher werden, indem er sich zum Nichtrauchen entscheidet. Vielmehr muss die Zielsetzung in Ansehung der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung in bestimmten sozial benachteiligten Milieus mit ihren Kompetenzdefiziten heißen, diese Menschen zu kreativen, individuell lebensstüchtigen und gesunden Mitgliedern der Gemeinschaft zu machen (Ginsburg, 2003).

Erst dann kann von einer selbstbestimmten, **auf Chancengleichheit beruhenden Entscheidung** zum Konsum die Rede sein, wenn „Lebenskompetenzen“ zur Verfügung stehen und suchtmittelunspezifisch vermittelt werden, die eine gesunde Lebensweise auch ermöglichen (Kühn, 1993; Pörksen, 2000, Hüllinghorst, 2000). Kühn geht dafür sogar von der Notwendigkeit **einer positiven Diskriminierung** aus, die gesellschaftlich akzeptiert, die positive Förderung der sozial benachteiligten Milieus zur Zielsetzung hat, um einen solchen selbstbestimmten Konsum zu erreichen (ebenda).

Eine moderne Gesellschaft kann und will nicht gänzlich auf einen **moderaten Drogenkonsum** verzichten (Ahrens, 2000). Und ein völliges Verdammen von Drogen aus dem täglichen Leben erzeugte nichts weiter als einen immensen Druck, der sich in der Illegalität ein Ventil verschaffte. Eine Glaubwürdigkeit eines strikten Verbotes wäre nicht anzunehmen.

Diese Grundlage des gesellschaftlichen Klima ist essentiell und darf nicht bei jeder Maßnahme wieder aufs Neue erstritten werden müssen (Kühn & Rosenstock, 1994).

Es besteht zwar kein Auftrag des Staates, soziale Ungleichheiten gänzlich abzuschaffen. Aber es besteht ein Anspruch auf ursachensensible, das heißt **sozialsensible, settingbezogene Verhältnisprävention**. Weiterhin besteht ebenso in Ansehung der Vergleichbarkeit der verschiedenen Raucher ein Anspruch auf Ungleichbehandlung der sozial Benachteiligten durch gezielte Förderung, weil bei ihnen die sozialen Verursachungsfaktoren des Rauchens und nicht die selbstbestimmte Konsumententscheidung gegen das Nichtrauchen im Vordergrund stehen.

Für diese Ursächlichkeit zwischen sozialer Lage und ungesunderen Lebenskompetenzen, die diese Lage noch verschlimmern können, und nicht in der freien Selbstbestimmung der Betroffenen zu suchen sind, gilt es einen **gesellschaftlichen Konsens** als Ziel für die Prävention zu finden. Beispiele dafür finden sich bereits, bei denen dies zumindest ansatzweise funktionierte. Die Frauenförderung und die Integrationsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund sollen helfen, entstandene Ungleichheiten, positiv anzugleichen.

Aber mit welchen Mitteln erreicht man diese Bildung eines gesellschaftlichen Konsenses zu Gunsten sozial Benachteiligter?

Phase der Willensbildung - Schaffen von gesellschaftlicher Akzeptanz

Gesetzliche Vorgaben zur gezielten Förderung sozial Benachteiligter leben von der Akzeptanz.

Hurrelmann beschrieb zum Abbau von Vorurteilen und Aufbau von sozialer Akzeptanz die **Jugendarbeit als essentielles Instrument**. Jugendliche haben im Vergleich zu Erwachsenen weniger soziale Vorbehalte und betrachten soziale Fragen pragmatischer ohne Besitzstandängste (Hurrelmann, 2004b). Bei ihnen wird die Frage nach dem „Selbstverschulden der sozialen Lage“ weniger gestellt und soziale Barrieren gelten für Jugendliche ohne den Einfluss ihrer Eltern weitaus weniger. Soziale Ängste und Ausgrenzungen sind, wenn man spielende Kinder im Kindergarten betrachtet, eher selten. Es sei denn, sie tragen die sozialen Vorbehalte ihrer Eltern mit in die Gruppe.

Eine Akzeptanz der gezielten Förderung sozial benachteiligter Gruppen wird von Erwachsenen oft vom Willen der Betroffenen abhängig gemacht, ihre soziale Lage selbst zu bereinigen. Sozial prekäre Lagen und gesundheitliche Ungleichheit seien selbst verursacht und damit Verschulden der von ihnen Betroffenen (Keupp, 1995). Auf die „Verschuldung“ durch gesellschaftliche Zustände, denen diese Menschen ausgesetzt sind, wirkt das dann relativierend.

Erließe man ohne gesellschaftliche Akzeptanz gesetzliche Regelungen, so liefen sie im Alltag ins Leere⁵³. Sogar die Begünstigten selbst nähmen womöglich die Rechte seltener in Anspruch, wenn sie mit Vorurteilen und **sozialen Hemmungen** behaftet sind.

⁵³ Die demokratischen Verfassungsrechte der Weimarer Republik, blieben auch ohne gesellschaftliche Akzeptanz ohne Wirkung in der Realität.

Außerdem fehlte es den Betroffenen an entsprechender Sensibilisierung ihrer Selbstachtsamkeit, sich in unverändert schlechten Lebensbedingungen umzuorientieren. Es gibt zahlreiche Beispiele, in denen Gesetze ihre Akzeptanz in der Wirklichkeit verloren hatten, nie besaßen oder eine mangelnde Willensformung notwendige Normen verhinderte⁵⁴.

Hier geht es um **gesellschaftliche Mitverantwortung** und Chancengleichheit für die gesundheitliche sowie soziale Benachteiligung. In der Ottawa – Charta der WHO aus dem Jahr 1986, in der **Chancengleichheit in der Gesundheit** für alle Bevölkerungsschichten postuliert worden war, gingen zur Bewältigung dieser politischen Aufgabe neben bevölkerungsmedizinische auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Aspekte ein (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004). Der Gesellschaft muss diese Aufgabe als lohnendes Ziel erst nahe gebracht werden. Nahe sollte man auch bringen, dass die Gemeinschaft ihrerseits Vorteile dadurch haben wird. Zu nennen sind geringere Kosten für Interventionen gegen die Folgen der Benachteiligung (Ahrens, 2000).

Daran zeigt sich das Defizit vieler Absichtserklärungen, die die Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen, die besondere Förderungsbedarfe sozial Benachteiligter feststellen. Aber direkt bei der Normgebung ansetzen wollten, anstatt erst eine entsprechende Akzeptanz für diese Regelungen im **Bewusstsein der Gesellschaft** anzustreben. Sie laufen Gefahr wegen entgegenstehendem Willen innerhalb Gesellschaft durch Einfluss auf die politische Willensbildung wieder kassiert.

Auch für diesen ablaufenden Prozess über die Akzeptanzänderung in der Bevölkerung politische Entscheidungen herbeizuführen, gibt es in der deutschen Politik- und Rechtsentwicklung zwei sehr signifikante Beispiele.

Ein „weiches“ Thema in der Politik, wie die Familienpolitik oder Sozialpolitik, wurden durch Bewusstseinswandel in der Gesellschaft zu einem harten Thema, das mit der Außen- und Innenpolitik an Relevanz heute gleichziehen konnte.

Ebenso war der Umweltschutz bis Ende der 1970er Jahre in Deutschland kein Thema. Keine **politische Lobby** nahm sich der Ökologie an. Umweltmaßnahmen beschränkten sich meist auf kosmetische Verschönerungen. Erst ein geändertes und wachsendes (Umwelt-)Bewusstsein, vor allem in der Jugend, zwang schließlich

⁵⁴ Beispiele sind §175 StGB- Strafbarkeit der Homosexualität unter Männern, der „Kuppeleiparagraph“. In der Rechtswirklichkeit, zumindest im Allgemeinen, würden diese Normen heute sowieso ignoriert werden. Die Straftat des „Kiffens“ ist bereits auf dem besten Wege in diese Bedeutungslosigkeit abzugleiten, weil die Norm nicht mehr in die Rechtswirklichkeit vieler Menschen passt.

Politik und Legislative zum aktiven Schutz der natürlichen Ressourcen tätig zu werden.

Eine junge Partei, „die Grünen“, bündelte diese Bewusstseinsänderung der jungen Generation und transmissionierte sie **von der jungen Bevölkerung in die politischen Gremien**. Heute gilt Umweltschutz im Grundgesetz als Staatsziel (Artikel 20a GG). Keine Partei kann ohne aktive Bearbeitung des Umweltschutzes auf Dauer agieren.

Die Wirtschaft hält heute sogar die Normen ein, die einst u. U. als ruinös verschrien waren, weil sie erkennen musste, dass Umweltschutz (Bioprodukte, positives Image) positiv in der veränderten Sensibilität der Bevölkerung ankam.

Und nur so, wie der Umweltschutz durch Willensbildung zur Normalität in der politischen Landschaft wurde, kann auch **die soziale Umgestaltung des Systems** zu Gunsten sozial Benachteiligter in Deutschland funktionieren. Erst wenn ein Verstoß gegen das Förderungsgebot der sozial Benachteiligten ähnliche politische und wirtschaftliche Konsequenzen nach sich zieht, wie heute beim Umweltschutz, wird die gesellschaftliche Verantwortung für die soziale Benachteiligung und ihrer Folgen als gesamtgesellschaftliches Ziel umgesetzt werden.⁵⁵

Der richtige Ansatzpunkt für einen sozialen Anpassungsprozess zu Gunsten sozial benachteiligte Milieus ist nicht oben in den Gremien der politischen Macht, sondern in der Sensibilisierung der Menschen, insbesondere der Jugend, für dieses soziale Problem des Rauchens und seine gesamtgesellschaftliche Verursachungsdimension. Sie erreichte in den 1980ern, dass Umweltschutz auf die politische Agenda und ins GG (Artikel 20a) gelangte. Warum sollte sie nicht auch die Umgestaltung des Gesundheits- und Sozialbegriffes in der deutschen Gesellschaft über Einwirkung auf die Politik nicht neu definieren? Zumal immer mehr Menschen die sozialen Umbrüche des so genannten Sozialwandels zu spüren bekommen.

Die soziale Benachteiligung als Auslöser des gefährlichen Rauchverhaltens der von ihr Betroffenen müsste nicht nur als gesundheitliche Gefährdung erkannt und behandelt werden, sondern ihre adäquate Überwindung in Form einer positiven Förderung als Vollzug eines ihnen zustehenden Rechtes muss im Bewusstsein der Menschen als **dringliche gesellschaftliche Querschnittsaufgabe** begriffen werden. Der künftige Fortbestand der Sozialgemeinschaft und der Volkswirtschaft im

⁵⁵ Heute rückt die Familienpolitik immer mehr vom „weichen“ Rand des politischen Geschehens in den harten Kern, weil die Konsequenzen für die Gemeinschaft (Demographischer Wandel) immer deutlicher spürbar sind.

Einwanderungsland Deutschland hängt auch davon ab, wie die Hauptstandortfaktoren, der soziale Friede und die hohe Durchsetzung der Bevölkerung mit Bildung, erhalten werden können. Im globalen Wettbewerb sind dies Vorteile, in die sich zu investieren lohnt, wenn man wie Deutschland zu den rohstoffarmen Ländern zählt.

Mit diesem Bewusstsein könnte der Mythos der kostspieligen sozialen Förderungen als **wirtschaftliche Nachteile** für den Standort Deutschland durchbrochen werden. Mit Hinweis darauf werden immer wieder soziale Errungenschaften abgebaut oder in Frage gestellt⁵⁶.

Wie bei der Kompetenzschulung gegen die Suchtkrankheiten, die auch allgemein und nicht stoffgeleitet ist, erscheint es im gesamtpolitischen Konzept ratsam, zunächst die **Kompetenzen der Gemeinschaft selbst zu schulen**, mit sozialen Benachteiligung und deren gesundheitlichen Folgen progressiv umzugehen. Ein Defizit ist immer auch eine Entwicklungschance für positive Entwicklung und nicht nur ein Grund für einen Zuschuss.

Eine Willensgrundlage innerhalb der Bevölkerung, die ihr entsprechende demokratische Handlungsvollmachten gab, bahnte auch dem Umweltschutz den Weg in die Tagespolitik und Lobbyisten der Wirtschaft hatten sich dem anzupassen. Andernfalls drohten wirtschaftliche Einbussen durch den allgemeinen Zeitgeist der Ökologie. Bei der sozialen Entwicklung als Ausdruck der Gesundheitsförderung, ebenso wie der Umweltschutz eine Art der Ressourcensicherung, kann auch nur der Weg von der Willensbasis nach oben funktionieren.

Im folgenden Kapitel möchte ich versuchen, darzustellen, wie eine Einwirkung auf die Willensbasis in der jugendlichen Bevölkerung zur Stärkung des sozialen Bewusstseins vonstatten gehen könnte.

Aufbau sozialer Kompetenzen – weg Vorurteilen und Leistungsdruck

Es ist zu differenzieren, zwischen den sozialen Kompetenzen, die jungen Menschen zu vermitteln wären, um ein soziales Bewusstsein in der Gesellschaft zu etablieren. Neben der Kompetenz zur Führung eines integrierten gesunden Lebens müsste darüber hinaus **Vorbereitung auf die soziale Verantwortung** in der gesellschaftlichen Verantwortung stattfinden. Pörksen schlägt zum Beispiel neben einer sozialverantwortungsvollen Gesellschaftspolitik eine Art Generationenvertrag

⁵⁶ Beispiele sind die Diskussionen über die Aufhebung des Kündigungsschutzes, die Aufweichung der Mitbestimmung und die solidarische Finanzierung der Kranken- und Pflegekassen usw.

als notwendig vor, der alle jungen Menschen eine Zukunft in der sozialen Gemeinschaft garantiert (Pörksen, 2000).

Auch diesen Zusammenhang möchte ich anhand einer Graphik verdeutlichen.

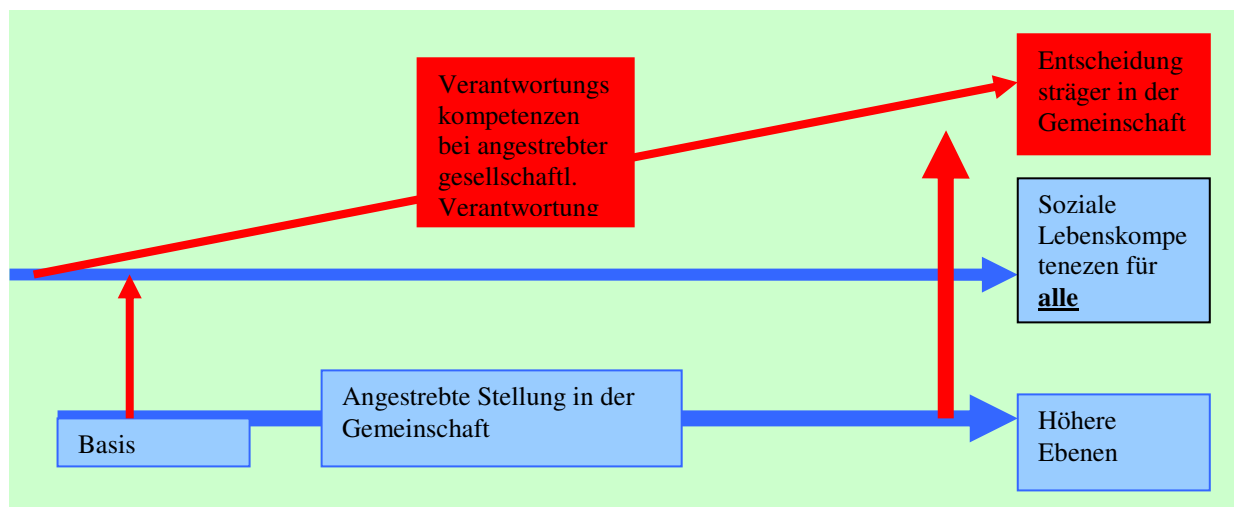
Je höher die angestrebte Stellung desto größer die soziale Verantwortung, die für eine sozial orientierte Gesellschaft damit verbunden ist. Kompetenzförderung in der Schule sollte individuell auf den Förderungsbedarf des jungen Menschen eingehen. Dabei spielen zur Vorbereitung eines Lebens in einer sozial orientierten Gesellschaft auch die unterschiedlichen Stellungen eine Rolle, die der Jugendliche in der Gemeinschaft einmal einnehmen wird.

Auf diese größere soziale Verantwortung müsste eine **Kompetenzschulung** in der schulischen Ausbildung vorbereiten. Schließlich ist das Ziel nicht die sozial völlig gleiche Gesellschaft, sondern eine Gesellschaft, die ein nivelliertes Maß an gesundheitlicher Gleichheit anstrebt, indem die verursachenden sozialen desintegrativen Faktoren reduziert werden.

Der blaue Bereich in der Übersicht steht für alle als entwicklungsbegleitende Grundkompetenzförderung vorgesehen, um ein integriertes gesundes Leben zu ermöglichen. Der rote ansteigende Pfeil symbolisiert die entwicklungsbegleitenden Unterschiede je nach angestrebter gesellschaftlicher Stellung. Je höher sie angestrebt wird, heutige Gymnasialschüler, desto höher sollten auch die sozialen Kompetenzen für die Übernahme sozialer Verantwortung sein.

Heute reichen dazu leider noch eine Anhäufung von einschlägigem Sachwissen, Methoden oder das bloße Innehaben von Abschlüssen bzw. gute Beziehungen.

(Schaubild 35: Kompetenzschulung und künftige soziale Verantwortung in der Schulausbildung)



Die Durchführung der gezielten Kompetenzförderung sollte im Mittelpunkt der schulischen Erziehung stehen und zur gesetzlichen Pflichtaufgabe der Schule gemacht werden. So beschreiben es Pinquart und Silbereisen in Bezug auf die Kompetenzförderung in frühen Settings, sie müssten mögliche spätere Verantwortung im Erwachsenenleben widerspiegeln, auf die man vorbereitet wird (Pinquart & Silbereisen, 2004: 69f).

Um zu erreichen, dass sich an den kompetenzbehindernden, deaktivierenden Lebenslagen etwas ändert, müssten auch diejenigen in ihrer Einsichts- und Sozialkompetenz geschult werden, die (später) für die gesellschaftliche Verteilung der Ressourcen verantwortlich sein werden.

Ihre **sozialen Ambitionen** für einen gesamtgesellschaftlichen Blick in entscheidenden gesellschaftlichen Positionen sollten entwicklungsbegleitend positiv gefördert werden.

Die **Modifizierung schulischer Kompetenzförderung** könnte in zwei Richtungen erfolgen.

Erhöhung von Schutzfaktoren

Wie bei Jessar, Turbin und Costa beschrieben, sind primär Lebenskompetenzen je nach Milieu und Förderungsbedarf durch Aufbau und Förderung von Schutzfaktoren zu fördern (Jessar, Turbin & Costa, 1998). Insofern laufen die Schulprojekte zur Kompetenzsteigerung verstärkt in die richtige Richtung. Sie sollten allerdings, wie zuvor aus Sicht sozial Benachteiligter dargestellt, für verschiedene soziale Milieus überarbeitet werden.

zusätzlicher Aufbau von gesellschaftsrelevanten sozialen Kompetenzen.

Und zweitens bei denen, die künftig **Verantwortung in der Gesellschaft** tragen wollen, sollten auch die erforderlichen sozialverantwortlichen, gesundheitsfördernden und sozialökonomischen **Schlüsselqualifikationen** zur Befähigung für die Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung gefördert werden. Damit erlernten sie die Gesellschaft ebenso kreativ gesund und lebenswert zu gestalten wie sie ihr eigenes Umfeld zu gestalten lernen.

Die Schule als reine **Wissensvermittlung**, muss gegen eine Erziehungs- und Vorbereitungsstätte für das Leben in der Gemeinschaft ausgetauscht werden.⁵⁷, die auch und vor allem Kompetenzen für den Eigengebrauch sowie für die Sozialverantwortung implementiert. Diese Forderung ist nicht neu, aber immer noch nicht realisiert.

Die Kooperation mit dem Elternhaus könnten **Erziehungsverträge** zwischen Eltern – Lehrern – Schülern sicherstellen (Rosenbrock, Kühn & Köhler, 1994). Hierin werden die zu erreichenden Ziele, die Maßnahmen und die jeweiligen Unterstützungen durch den anderen Part festgelegt. Einmal im Jahr wird der Vertrag evaluiert. Sie und ihre Kinder werden von einer gerechteren und gesünderen, weil leistungsfähigeren Gemeinschaft im Rahmen des angesprochenen Generationenvertrages profitieren. Das oft gegenläufige Tauziehen zwischen Eltern und Lehrer, die sich als Konkurrenten sehen, könnte damit beendet werden. Der Schüler erhält mitgestaltenden Rechte, die wiederum seine Kompetenzen schärfen werden.

Dieses Öffnen der Schule ins soziale Umfeld bewirkte, dass sie zunehmend als **Ort der Versammlung und der Kooperation** angenommen wird (Altgeld & Kolip, 2004).

Ein Umstand, der ihr in der Integration sozial schwächerer Schüler und Eltern zugute kommen würde. Erziehungsverträge wären aber nur eine Möglichkeit, die praktischen und beruflichen Erfahrungen der Eltern so mit in das Erziehungsgeschehen der Schulausbildung mit aufzunehmen, dass durch den offiziellen Zuspruch auch ihr Selbstwertgefühl angehoben wird (Rosenbrock, Kühn & Köhler, 1994). Ein breiteres Engagement würde auf diese Weise genährt werden

Bewusstseinsprägung durch Medienpräsenz

Sozialmarketing nennt man ein Bestreben mit möglichst effektiven Methoden des Marketings für eine soziale Intention Werbung zu machen als sei es ein Produkt, das ein jeder haben müsse (BZgA 1998; Ose & Hurrelmann, 2004).

Ein wichtiger Schritt zur Schaffung eines „Sozialmarketings“ in Deutschland bildet die Einbeziehung der Medien, die vor allem große Teile der jugendlichen Bevölkerung ansprechen (Ose & Hurrelmann, 2004: 391).

⁵⁷ Zurzeit besteht kein allgemeinverbindlicher Erziehungsauftrag für alle Schulen. Vieles hängt vom jeweiligen Engagement der Lehrer ab. Für Grundschulen und auch Kindergärten gibt es keinen Erziehungsauftrag in der wichtigen Frühförderungsphase.

Die allgemeine Meinung und Stimmung in der Bevölkerung wird im **massenmedialen Zeitalter** mehr und mehr von den Medien gelenkt. Vor allem junge Menschen nutzen das Internet und den Rundfunk täglich intensiv (TNS EMNID 2003). Es war die Berichterstattung im Fernsehen, die die Menschen in der Aktion „Gemeinsam gegen Rechts“ auf die Strasse zur Demonstration geholt hatte, den „Red Nose Day“ für soziale Projekte initiierte oder mit ihrer **Medienberichterstattung** über Friedensdemonstrationen und Waldsterben den „Nerv“ der Zeit traf.⁵⁸

Den Medien kommt in der **Sensibilisierung der Menschen** zu einem veränderten Verständnis der Verknüpfung von gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung, die als gesellschaftliche Aufgabe und nicht als unlösbares Problem gesehen werden sollte, eine entscheidende Rolle zu. Sie schaffen damit die politischen Mehrheiten von morgen, weil die politischen Gremien auf ihre Wähler angewiesen sind.

Die Adaption amerikanischer Strategien zur Bewusstseinsbildung in invertierter Anwendung wäre meines Erachtens auch überlegenswert.

Die direkte Übernahme des amerikanischen Modells wäre kontraproduktiv. Im „War against Drugs“, werden alle, die nicht dem gewünschten Denken entsprechen als „unpatriotisch“ dargestellt (Salvador-Llivinia & Ware, 1995). Aber die Vehemenz und der Einsatz der Mittel wären für Deutschland, wenn es diese bewusstseinsbildenden Strategien im Sozialmarketing als positives integratives Element etablieren wollte, beispielhaft.

Wenn der, der die **soziale Neustrukturierung in der Gesellschaft** unterstützt, als sozial kompetent betrachtet wird, dann förderte er sich und wirkte zum Wohle aller. Die Mitgestaltung an der Bewusstseinsentstehung in der Gesellschaft könnte so als erstrebenswertes Image aufgewertet werden.⁵⁹

Ein probates Mittel, diese Vorteile herauszustellen, um so den allgemeinen Willen positiv zu formen, sind **Projekte** (Schnabel, 2001). Sie zeigen schneller die positiven Effekte und regen überdies zur Nachahmung an. Vor allem, wenn diese Institutionen die Vorteile für sich erkennen, die zum Beispiel mit einem positiven Image einhergehen, wäre dieser Effekt der Nachahmung wohl stark ausgeprägt.

Ein vergleichbarer Ansatz kommt in dieser Hinsicht aus den NL und hat auch hierzulande Modellprojekte hervorgerufen (Bund-Länder-Modellversuche, 1990;

⁵⁸ Man denke an die Spendenbereitschaft, die die Berichterstattung im Fernsehen über die Oderflut oder den Tsunami in Südostasien hervorgerufen hat.

⁵⁹ So wie heute bereits das Image eines wohlhabenden Jetset-Lebens als erstrebenswert gepflegt wird.

1993; 1997) Institutionen, dort vor allem Schulen, die sich der Gesundheitsförderung verschrieben haben (de rookvrije School....) und sich **Zertifikationsverfahren** unterzogen, erhalten seither mehr staatliche Zuschüsse oder Erleichterungen, die anderen Institutionen vorenthalten werden (Münz, 2003). Wäre dies auch Deutschland der Fall, und nicht nur als so genannte Elitförderung für Forschung, wären innovative Entwicklungen in Richtung soziale und gesundheitsfördernde Projekte stärker als bisher zu erwarten.

Wenn die Gesundheits- und Sozialbemühungen von Settings sich erkennbar in Vorteilen innerhalb eines **Belohnungssystems** auszahlen, so zeigt die steigende Anzahl der niederländischen Settings mit besonderer Förderung, führte dies zu einer allgemeinen Verbreitung⁶⁰. Eine Institution, die diese Anerkennung dann nicht hat, würde sich bemühen, sie zu erlangen. Eine Schule könnte z. B. mit dieser Zertifizierung „**gesundheitsfördernde Schule**“ in Zeiten der abnehmenden Schülerzahlen durch besseren Zulauf ihre selbstständige Existenz sichern. Ausschlaggebend wäre nach Schnabel dafür aber die gesundheitsfördernde Ausgestaltung des Eltern-Lehrer-Schüler-, das Schüler-Schüler- und das Schüler-Lehrer-Verhältnisses (Schnabel, 2004: 288). Bislang konnten Projekte oft noch wenig ausrichten, wenn es um das Verhalten von Lehrern ging oder Lehrpläne und die Schule als Organisation Ziele einer gesundheitsfördernden Umgestaltung sein sollten (Quentin & Kobusch, 1997).

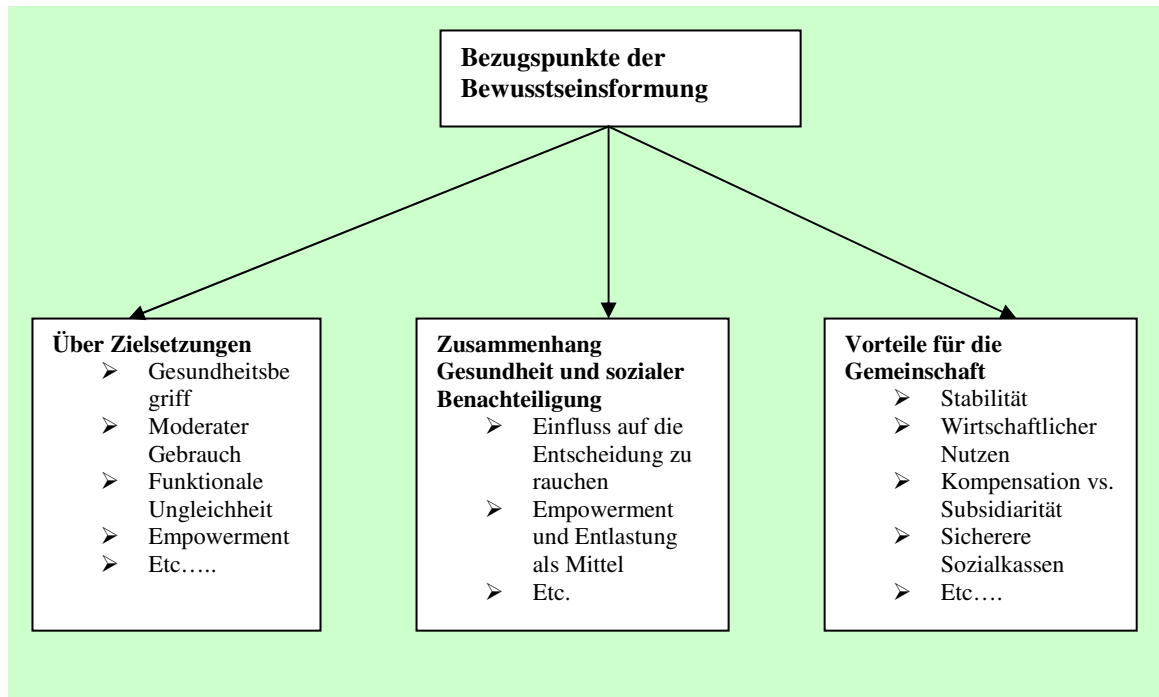
Das Gleiche gälte für eine Kommune.

Gesundheitsfördernde Stadt zu sein, kann einmal in Zeiten der Bevölkerungsabnahme und der Stadtflucht einen entscheidenden Vorteil ausmachen. Die graphische Übersicht stellt die Sensibilisierungsinhalte, die aber nicht direkt, sondern als soziales Lernen bzw. über die Medien mit Emotionalisierung und konkreten Beispielen vermittelt werden sollten, noch einmal neben einander. Es ist in diesem Zusammenhang erforderlich, die soziale Diskriminierung aus der vorurteilsbehafteten Anonymität zu holen. Man gebe der Armut und ihren Folgen ein Gesicht, und eine Solidarisierung fällt wesentlich leichter als bei abstrakten Zahlenbeispielen.

Nachfolgend sind die Bezugspunkte der Willensformung nebeneinander dargestellt.

⁶⁰ Dies zeigt die zunehmende Zahl der Zertifizierungen in Deutschland, bei denen Qualität gesichert werden soll. Eine Institution ohne Zertifizierung gerät dabei ins Hintertreffen. Die Zertifizierung ist erstrebenswert.

(Schaubild 36: Themenschwerpunkt bei der Bewusstseinsformung)



Erst wenn diese **tragfähige Willensbasis** bei den Menschen für die Reduzierung der sozialen Benachteiligung zur Schaffung einer gesünderen Gesellschaft besteht, ist eine gezielte Förderung der sozial Benachteiligten gegen die politischen Lobbyisten in den normgebenden Instanzen überhaupt machbar.

Dann wird die Regierung bei der Wiederwahl nicht nur an ihrer Wirtschaftspolitik, sondern auch an ihrer Sozialpolitik gemessen werden. Ihr **politischer Handlungsspielraum** wird dann zugunsten der notwendigen sozialen Reformen größer, ohne sich in den „politischen Orbit“ zu katapultieren. Schließlich handelte man dann nach dem Willen des Wahlvolkes.

Erst nach dem eine tragende Willensgrundlage in der Lebenswirklichkeit der Menschen geschaffen wurde, die auf die Normgebung in der Gesellschaft entscheidenden Einfluss zugunsten sozial und gesundheitlich Benachteiligter nimmt, ist es sinnvoll in der Vollzugsphase Regelsysteme in Deutschland insgesamt gesundheitsfördernd umzubauen.

Bedürfnis nach einem Gesetz auf Leben in gesundheitlicher Gleichheit

Auch wenn die Fragmentierung in verschiedenen Kompetenzen die zur Förderung sozial Benachteiligter notwendige **ressortübergreifenden Zusammenarbeit**

erschwert. So bedarf es doch keiner Einfügung eines Grundrechtes auf Leben und Heranwachsen in Gesundheit in das Grundgesetz.

Die vorhandenen Grundrechtsregelungen mit entsprechender Auslegung, wie sie hier vertreten wird, können einen Anspruch auf gleichen Gesundheitsschutz oder gleiche Gesundheitsförderung für alle normieren.

Dieser Grundrechtsanspruch ist ein direkter Anspruch gegen die Gemeinschaft.

Durch **vorherige Willensbildung und Bewusstseinsbildung** in der Lebenswirklichkeit bliebe eine solche Grundrechtsauslegung zu Gunsten sozial Benachteiligter kein programmatischer Ansatz, der von politisch Verantwortlichen zur Seite geschoben werden könnte.

Schließlich sorgte die **Wählerkontrolle** dann dafür, dass die politischen Gremien sich an diesen Maßstäben messen lassen müssen. Ein abstrakt eingefügtes Grundrecht würde hingegen eher das Dasein eines Abwehrrechtes des Einzelnen via Verfassungsbeschwerde führen, ohne zwingend allgemeine strukturelle Veränderungen in der Gesellschaft nach sich zu ziehen. Das haben die vorhandenen Grundrechte bislang in Jahrzehnten auch nur rudimentär vermocht, wie die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland zeigt.

Ebenso verhielte es sich mit den Gesetzgebungskompetenzen. Ohne die „motivatorische“ Triebfeder der Willensbasis im Volk sind Gesetzeskompetenzen allein keine politische Handlungsverpflichtung. Sie fungieren oft als ein Regelungsvorbehalt, der nach Ermessen oder politischen Kalkül ausgeübt werden kann oder aber auch nicht.

Nicht anderes gelte für eine spezielle **Gesetzgebungskompetenz für Prävention**.

Mit einer sozial sensibilisierten Willenslage in Bevölkerung und Gremien wird ohnehin jeder Akteur am Projekt „Gesundheit für alle“ mitwirken wollen, um die demokratische Legitimation nicht zu verspielen.

Eine solche Rechtssetzungskompetenz für gesundheitliche Gleichstellung wäre nur mit dem richtigen Verständnis sinnvoll, wenn sie ressort- und hoheitsstrukturübergreifend als Querschnittsaufgabe ausgelegt würde.

Ein **Plebiszit zu sozialen Fragen** im Grundgesetz würde vielleicht sicherstellen, dass Bewusstseins-schaffung bei den Menschen wieder an oberster Stelle der politischen Agenda stehen würde. Allerdings ohne Willensgrundlage in der Bevölkerung liefe diese Regelung ebenso ins Leere wie alle anderen pleszitären Elemente des GG.

Der indirekte Weg über die Sensibilisierung der (jungen) Menschen, die gesellschaftliche Verantwortung tragen werden, ist der einzige Weg, sozial benachteiligten Personen und dem positiven Schaffen von Gesundheitsfaktoren im Sinne der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft eine Lobby zu verschaffen.

Andernfalls bleibt nur das Abwarten bis die nicht bewältigten Integrationsaufgaben die Stabilität der Gesellschaft gefährden.

Ein Phänomen, das sich in der heutigen Zeit schon abzeichnet, ist die Politikverdrossenheit der Menschen mit einer Tendenz zu extremen Wahlverhalten (negierende Wählervereinigungen z. B. Schill-Partei, Extremisten...) und zu rechtsfreien Parallelgesellschaften.

Bis zu jenem Tage, an dem die Tagespolitik aufgeschreckt von einem aktuellen Anlass aktionistisch versuchen wird, nur den Schaden zu begrenzen. Wenn der „point of no return“ nur dann nicht schon überschritten sein wird.

Sollte sich die Willensgrundlage in der Gesellschaft auf Förderung sozial Benachteiligter und damit auf Verringerung deren gesundheitlicher Benachteiligung je umgestalten lassen, dann müsste durch die Umgestaltung des Systems **von Defizitverwaltung auf positive Förderung** umgestaltet werden.

4.2 *Systemgestaltung zum fördernden Umgang mit Benachteiligung*

Die dritte Vorgabe des gesamtpolitischen Konzeptvorschlages zu Gunsten der sozial Benachteiligten nach Auftragsdefinition und Willensbildung in der Bevölkerung lautet:

Eine Gesellschaft ohne soziale Differenzierung gibt es nicht! Aber ihr Umfang ist relativierbar.

Die soziale **Differenzierung ist ein Element der Funktionszuordnung** innerhalb einer arbeitsteiligen Gesellschaft durch die Bewertung der jeweiligen Qualifikationen für die soziale Stellung innerhalb der Gesellschaft. Völlige Gleichheit und eine ohne ein sozial wirksames Belohnungssystem existierende Gesellschaft sind Utopien⁶¹.

Aber nur weil die Ungleichheit an sich für eine Gesellschaft nicht verzichtbar ist, bleiben ihre **Konsequenzen und ihr Ausmaß sehr wohl dispositiv**.

⁶¹ Dies zeigt das gescheiterte „Experiment“ des Sozialismus im Europa des vergangenen Jahrhunderts. Trotz theoretisch angestrebter Gleichheit aller wurden die Unterschiede größer. Es bildeten sich eben neue privilegierte Gruppen.

Im Gegenteil:

Eine Gesellschaft, die diese Ungleichheit nicht in „gesunden“ Dimensionen lenkt, läuft Gefahr, an den inneren Spannungen im inneren zu zerbrechen.

Parallelgesellschaften bilden sich, die Kriminalität steigt an und das Vertrauen in den Staat schwindet. Am Ende ständen der politische und wirtschaftliche Niedergang des gesamten Systems.⁶²

Ein **sozialer Friede** und ein gesundes, gut ausgebildetes Humankapital waren und sind ein entscheidender Standortfaktor für das rohstoffarme Deutschland im internationalen Wettbewerb. Nur Bildungsförderung und sozialer Friede helfen diesen Vorteil auch künftig zu erhalten. Die Förderung sozial Benachteiligter kostet nicht nur Geld, es bringt auch wirtschaftliche Vorteile mit sich. Leistungsprinzip und Chancengleichheit sind keine Gegensätze, die einander ausschließen, sondern sorgen für eine Bildungsexpansion (Geißler, 2006).

In der gesundheitsökonomischen Diskussion ist der **Begriff des Stewardship** schon etabliert, mit dem alle gesamtpolitischen Aktivitäten zusammengefasst werden, die die Gesundheit in der Gesellschaft fördern und sich somit wirtschaftlich sinnvoll, weil kostensenkend, auswirken. Diese Denkweise sollte in die Argumentation für einen Wandel im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem aufgenommen werden, um die Notwendigkeit hin zur sozialen Förderung zu unterstreichen. Ein progressiver Umgang mit Ungleichheiten, und nicht nur defizitverwaltender, wie er zurzeit noch praktiziert wird, würde dazu beitragen.

Ein Beispiel für einen solchen progressiven, fördernden Umgang mit Ungleichheiten in der Gesellschaft und deren Wirkung auf die Entwicklung stellen die auch hier die Niederlande dar. Aus deren Migranten- und Drogenpolitik könnte Deutschland im progressiven Umgang mit den sozialen Ungleichheiten lernen. Vorbildlich wäre vor allem die Einbeziehung der Jugend in den **gesellschaftlichen Integrationsprozess** durch glaubwürdige drogen- und sozialpolitische Zielsetzungen⁶³.

Die Niederlande – ein Beispiel präventiven Umgangs mit Ungleichheiten

Anders als Deutschland betreibt die Niederlande (NL) gemäß ihrer liberalen Tradition eine **liberale Drogenpolitik**. Die Ergebnisse ihrer Tabakprävention

⁶² An diesen unbewältigten Integrationsaufgaben zerbrach schon das römische Imperium. Und jetzige Staaten unterliegen denselben Gesetzmäßigkeiten.

⁶³ Auch die in jüngster Zeit erfolgten Übergriffe von islamistisch motivierten Migranten auf das liberale System haben an der Zielsetzung nichts geändert.

sprechen seit Jahren für sich. Die NL haben geringere Raucherzahlen unter Jugendlichen als Deutschland (Quadbeck, 2004), obwohl sie 1995 noch zu den fünf Topkandidaten der Raucherländer in der EU zählten.

Aber zwischen 1995 und 2002 hatten sie größere Rückgänge in der Raucherprävalenz zu verzeichnen als Deutschland, wo im besagten Zeitraum die Prävalenz eher anstieg (EEIG 2003). Vergleichbar sind beide Länder auch durch den hohen **Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund**, deren gesellschaftliche Integration aber mit unterschiedlichen Konzepten betrieben wird. Ebenso besteht in den NL eine hohe und anwachsende Akzeptanz in Bezug auf Rauchverbote, während sie in Deutschland tendenziell rückläufig war (EEIG 2003)⁶⁴ Sogar in so genannten Coffieshops werden Konsumräume von den restlichen Aufenthaltsräumen getrennt. Ein Schritt, der in deutscher Gastronomie erst jetzt durch ein Nichtraucherschutzgesetz nicht ohne Proteste angegangen wird. Überhaupt sind in den NL die Grenzen zwischen illegalen und legalen Drogen fließend.

Der erheblichste Unterschied zu Deutschland liegt aber in der **Wertung der Konsumursache**, die nicht allein in der Willensentscheidung des Betroffenen gesehen wird. So sieht man die Ein- und Umstiegsproblematik in den Konsum psychoaktiver Substanzen in den NL in **sozialen Auslösern** und nicht in physiologischen Gründen (van Laar & van Ooyen-Houben, 1995).

Und man handelt auch entsprechend:

Eine Ansicht, die davor bewahrt, einer unglaublichen Überhöhung der Gefahr bestimmter Substanzen gegenüber anderen und das Zurückziehen der Gesellschaft vor verursachender Beteiligung zu erliegen. Daraus begründet sich dann auch das Vertrauen bei jungen Menschen, soziale Projekte mitzutragen oder gar zu initiieren. Man setzt durch gezielte Kompetenzförderung auf einen **vernünftigen Gebrauch**. Die Drogenpolitik hat das Ziel, Risiken und Schäden für den Konsumenten begrenzen, indem die soziale Integration der betroffenen Personen gefördert wird. (Kuipers et al. 1993).

Trotz der Coffieshops, in denen der Genuss von Cannabis erlaubt ist, konsumieren weniger Jugendliche Cannabis in den Niederlanden als in Deutschland. . In puncto Haschischrauchen unter Jugendlichen, mit einer Prävalenz von 20% regelmäßiger

⁶⁴ Das aktuelle Urteil des BVerfG zu den absoluten Rauchverböten in der Gastronomie unterstreichen diese Entwicklung deutlich. Sie werden als zu weitreichend eingestuft.

Konsumenten, liegt Deutschland mit steigender Tendenz und nicht die liberalen Niederlande an der EU- Spitze (Quadbeck, 2004).

Die Cannabis- und Drogenkonsumenten in den Grenzstädten kamen schon vor Jahren zudem meist aus dem benachbarten Ausland (Korf et al. 1993).

Cannabis zählt in den NL seit Jahren auch zu den Arzneistoffen (z. b. Analgetika gegen chronische Schmerzen, Antidepressivum).

Anders als in Deutschland sind Suchtmittel dem normalen **Warenverkehr** weitgehend entzogen. Zigaretten und Spirituosen gibt es an einer Sondertheke, damit eine Assoziation zu Lebensnotwendigkeiten erst gar nicht entsteht.

In dem Bemühen, soziale Benachteiligungen und somit gesundheitliche Ungleichheiten auszugleichen, mögen die NL heute oft aus deutscher Sicht unorthodoxe Wege. Ihr Erfolg ist dabei beachtlich.

Die Niederlande haben in ihrem Integrationsgesetz für Ausländer die Pflicht des Staates zur Integration, aber auch die korrelierende Pflicht des Ausländers zur Integration festgeschrieben. **Migrantenprobleme** wurden in den NL bereits früher erkannt und als sozialstaatliche **Aufgabe aller gesellschaftlichen Kräfte** gesehen, sozial Benachteiligte wurden in den Fokus der Bemühungen gestellt, allerdings nicht als Problem, sondern als besonderer Förderungsbedarf (Münz, 2003)⁶⁵. Dies schafft andere Ansatzmöglichkeiten und ein anderes Image für die Betroffenen.

Um soziale Brennpunkte mit den typischen Problematiken (Isolation, kriminalitätsfördernde Verhältnisse, Verslumung) zu vermeiden, werden die Menschen mit den **Sozialisationsstätten** (Schulen, Begegnungsstätten etc) unmittelbar oder mittelbar über die Kinder vernetzt, gezielt gefördert und aktiv eingebunden. Dabei sind es die staatlichen Institutionen, die auf die Menschen zugehen oder sogar mit Betroffenen als aufsuchende Multiplikatoren Kontakte aufbauen (ebenda). Auf eine Durchmischung in den Stadtvierteln kultureller und sozialer Prägung und auf **gesundheitsförderndes Gestalten der neuen Wohngebiete** wird geachtet (Vromraad, 2002). Schließlich haben in Vierteln mit konzentrierter Armut Jugendliche ein ausgeprägtes Risiko, mit dem Rauchen zu beginnen und viel zu rauchen, weil sich viele rauchende Peer-Groups bilden (Sells &

⁶⁵ Ein neues Beispiel für eine besondere Förderung von sozial Benachteiligten kommt aus Norwegen. Per Gesetz werden Menschen mit bestimmten sozialen Hindergrund durch eine positive Diskriminierung bei Auswahlverfahren bevorzugt, um ihre Teilhabe an den gesellschaftlichen Leistungen zu erhöhen.

Blum, 1994). Durch eine Durchmischung kann dieses Verhalten wesentlich reduziert werden, weil die Umwelt das Rauchen nicht als allgegenwärtige Verhaltensweise im Alltag akzeptiert.

Vorbild ist auch die Umstellung des Bildungssystems in den liberalen Niederlanden, in dem **Kompetenzen**, wie Selbstbewusstsein, sozialer Konfliktbewältigung und Toleranz **Vorrang vor reiner Wissensfixierung** haben (T'Hof, 1998.).⁶⁶ Diese Programme gehören zum Pflichtausbildungsprogramm in der Lehrerausbildung und in der Ausbildung der Erzieher in den Kindergärten (Münz, 2003).⁶⁷ Schulen mit der Zertifizierung „de rookvrije School“ und jene mit vielen sozial benachteiligten Schülern erhalten im Gegensatz zu deutschen Verhältnissen zusätzliche staatliche Leistungen, die so wiederum dem erhöhten Kompetenzförderungsbedarf der Schüler zugute kommen (Münz, 2003).⁶⁸

Die reine **Leistungsfixierung**, wie sie in Deutschland noch üblich ist, kann dagegen zu Druck und Enttäuschung führen. Die Persönlichkeit des (jungen) Menschen definiert sich nur über die Leistung. Fällt diese ab oder wird nicht (mehr) gebraucht (Arbeitslosigkeit), so muss der entstehende Druck abgefangen werden und mangels anderer Kompetenzen entlädt er sich in selbstschädigendem Verhalten (Sucht, Selbstmord).

Durch isolierte Verbote und Einschränkung, durch die, wie Böllinger sowie Beauchesne darlegten, keine sinnvolle Prävention betrieben werden kann, weil sich nur der Druck erhöht und Sündenböcke, entstehen lassen (Beauchesne, 2000, Böllinger, 2000)

Die Glaubwürdigkeit und damit die Effektivität der Prävention bei der Jugend stiege auch an, wenn ,ohne eine fast **ideologische Über- oder Unterbetonung** einer Substanz, über die Gefährlichkeit aller Drogen aufgeklärt werden würde (Pörksen, 2000). Nach Erhebungen des niederländischen Erziehungsministeriums vom Frühjahr 2004 unter niederländischen Jugendlichen ergab, dass im Gegensatz zu 1995 für 93% der 15jährigen Niederländer angaben: „Roken en Bier zijn niet langer cool“ (www.gezond_op_school.nl).

⁶⁶ Diese Ziele der Erziehung werden auf den Webseiten, die vom Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen unterstützt und propagiert. (www.leefstijl.nl, www.sociaaldemitioneel.nl) Auf diesen Webseiten informieren sich Lehrer über Förderungsmöglichkeiten der allgemeinen Lebenskompetenzen.

⁶⁷ Nachzulesen auf z.B. www.gezond_op_school.nl

⁶⁸ www.gevonden.nl/gezondheid/roken/stivoro.html, dort werden Projekte vorgestellt und Antragsformalien für die Anmeldung zur Zertifizierung und besonderen Förderung.

In Deutschland gilt das mit Einschränkung für das Rauchen, aber nicht für Alkohol oder Cannabis. Ein Ergebnis, dass vor allem bei Jugendlichen aus sozial prekären Milieus auf die Neutralisierung der sozialen Ursachen der Rauchentscheidung zurückzuführen ist. Rauchen erscheint dadurch den Jugendlichen grundsätzlich nicht mehr als Kompetenz den Alltag zu bewältigen.

Die willkürliche Linie zwischen illegaler und legaler Droge müsste in der Prävention ebenso überprüft werden wie die **Formulierung einer vernünftigen Zielsetzung** in der deutschen Drogenpolitik einschließlich der **Erhellung ihrer Vorurteile**.

Wenn vernünftiger Umgang das Ziel ist, dann sollten auch „niederländische“ Erziehungszielsetzungen in Betracht gezogen werden, die über verpflichtende Kompetenzförderung den gesunden Selbsterhalt und den unverkrampften Umgang mit gesellschaftlichen Anforderungen stärken helfen können. Die Niederlande könnten ein nützliches Vorbild für soziale **Unterstützungsnetzwerke** und für Förderung von **protektierenden Kompetenzen** sein, die in der gesamten deutschen Lebenswirklichkeit gefördert werden sollten.

Die Konsequenzen für die konkrete fördernde Umgestaltung des deutschen Systems

Zusammenfassend lassen sich folgende Anregungen aus den NL für die Formulierung eines Gesamtkonzeptes heranziehen, um durch Reduzierung der sozialen Ursachen auch die Raucherprävalenz in den sozial benachteiligten Milieus deutlich zu senken.

- Die Förderung der sozialen Integration als gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit aufsuchenden Netzwerken.
- Förderung durch positive Diskriminierung wie beim Frauenförderungsgesetz und nicht bloßer Defizitausgleich.
- Erziehungsprimat der Kompetenzvermittlung für ein integriertes Leben vor Wissensanhäufung und Leistungsdruck
- Schaffung von Glaubwürdigkeit bei der Jugend durch Abschaffung von überhöhten Gefahrenwarnungen auf der einen Seite und Verharmlosung (Alkohol) auf der anderen Seite.
- und zuletzt: die Aufspaltung und Durchmischung von sozialen Ghettos in der Schule, durch Wegfall des dreizügigen Schulsystems, und durch Stadtplanung, die soziale Brennpunkte durch Zuzugsleitung verhindert.

Die Abänderung des deutschen Systems betreffe **viele Rechtsbereiche**. Die hier betrachteten Vorteile müssten in diesen Regelungsinhalten umgesetzt werden.

Es folgt deshalb ein exemplarischer Überblick über die mögliche Anpassung der wichtigsten Rechtssetzungen in der deutschen Tabakpräventionspolitik an die aus den NL kommenden positiven Ansätze zur Förderung sozial Benachteiligter als vornehmlich Rauchende in der Bevölkerung.

Zunächst geht es um Regelungen, die die Nachfrage nach Tabak bzw. das Angebot von Tabak reduzieren. Danach folgen Regelungen zur Kompetenzförderung sozial Benachteiligter und zur sozial positiven Umfeldgestaltung in ihren Settings, d.h. bessere Lebensumstände auch für die Kompetenzentwicklung zu schaffen.

4.2.1 *Zugangerschwernisse zu Tabakerzeugnissen*

Die Zigarettenversorgung ist teilweise besser als die Versorgung mit Grundnahrungsmitteln. Zigaretten allerdings sind trotz des Verbotes der Zigarettenautomaten mit Münzverkauf noch an vielen Ecken zu haben. Andernfalls werden sie an fast jeder Tankstelle rund um die Uhr verkauft.

Gut erscheint vor diesem Hintergrund, dass das Alter von 16 auf 18 Jahre durch das Jugendschutzgesetz (§10) angehoben worden ist, ab dem Tabakwaren an Jugendliche verkauft werden dürfen (wie bei Spirituosen). Die **Erhöhung des Zugangsalters** zu den so genannten Genussmittel „Tabak“ und „Alkohol“ hat allein schon einen positiven Effekt auf die Prävalenzrate von Langzeitrauchern. Da nach von Troschke die hochsensible Zeit für die Weichenstellung für einen lebenslangen Tabakkonsum gerade in der Zeit zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr liegt (v. Troschke, 1998).⁶⁹

Wenn wenig Zugang zu Tabak besteht, kann dieser Stoff auch nicht in die angestrebte erwachsene Identität eingebaut werden und weniger Raucher bedeuten auch weniger prägende (elterliche) Vorbilder⁷⁰. Dadurch wird zwar nicht unbedingt die Verfügbarkeit in der heutigen Situation wesentlich reduziert, aber es ist ein Schritt in die richtige Richtung.

⁶⁹ Aber als alleinige Maßnahme reichte diese Zugangsverzögerung nicht aus. Auch spielen peer-groups eine Rolle, die Tabak durch ältere Jugendliche oder gar durch ebenfalls rauchende Eltern besorgen lassen.

⁷⁰ Hurrelmann, 2002, am Beispiel der Kriegsjugend. Sie waren im Mangel aufgewachsen und kaum Zugang zu Zigaretten. Zigaretten galten als Ersatzgeldwährung zum Erwerb lebenswichtiger Dinge. Man rauchte sie nicht.

Es ändert sich nebenher auch die **Stellung des Tabaks im Warenangebot**. Die generelle Verbannung der Tabak- und Alkoholwaren aus den Lebensmittelgeschäften wie in den Niederlanden wäre dazu eine unterstützende Maßnahme. Ein treffendes Beispiel für diese **Wandelfähigkeit eines Produktes in der öffentlichen Meinung** sind Kondome. Einst verschämt beim Apotheker, Drogisten oder Herrenfriseur unter dem Ladentisch gehandelt. Sind sie durch Einwirkung auf die öffentliche Meinung und Zuordnung zum normalen Warenangebot der Lebensmittelgeschäfte zu einem allseits akzeptierten Artikel geworden. Dem Kauf haftet nichts Schamhaftes und Anrüchiges mehr an, im Gegenteil er steht für Verantwortungsbewusstsein. Warum sollte es umgekehrt bei Tabakwaren nicht ebenso funktionieren?

Das gänzliche **Verbot der Zigarettensautomaten**, und nicht nur jene mit Münzeinwurf, müsste sich mit verändertem Willensfundament in der Bevölkerung durchsetzen lassen⁷¹. Der Protest der „Tabaklobby“ würde dadurch weniger politisch gewichtig. Ausgleich des Verlustes können ressortübergreifend ein Abfedern der sozialen Härten bringen, indem andere Betätigungsfelder für die freiwerdenden Kapazitäten aus den tabakverarbeitenden Gewerben erschlossen werden.

Ähnlich verhält es sich mit dem **Werbeverbot für Tabakwaren**. In 27 Länder ist das Bewerben von Tabakprodukten bereits gänzlich verboten worden (WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, 2004).

Wie oben bereits erläutert, macht die deutsche rechtliche Beschränkung des Verbotes der Tabakwerbung auf bestimmte Medien wenig Sinn. Vor allem Plakatwände zeigten nach amerikanischen Erkenntnissen ein erhebliches Gefahrenpotential (Roemer, 2000).

Außerdem erscheint die Argumentation der Abgrenzung sehr fragwürdig, dass eine Werbung nur Erwachsene ansprechen, aber 14 - 16jährige Jugendliche „kalt lassen“ soll.

Ein weiterer Punkt der Angebots- und Nachfrageverringering wäre die Preispolitik. Die **Preispolitik** ließe sich in der dieser veränderten politischen Gewichtung auch weiter in Richtung Verteuerung betreiben, um damit durch die Tabaksteuererhöhung geschaffene positive Effekte weiter verstärken.

⁷¹ In den USA sind Zigarettensautomaten verboten, weil sie das gesetzliche Verbot des Verkaufs an Jugendliche unterwandern helfen. Ausnahmen bestehen nur in Räumen, die ständig von Personal im Auge behalten werden können.

Zwar gelten die oben erwähnten Schwierigkeiten des Transit- und Importlandes Deutschland in der EU in Frage der **nationalen Alleingänge** fort.⁷² Die USA haben es leichter in der Einschränkung der Tabakindustrie, sie sind vor allem ein Exportland und Exportbeschränkungen werden im Gegenzug zur Erhöhung der Ausfuhr abgebaut (Roemer, 2000).

Deutschland sollte sich aber hüten, der Tabakindustrie auch innerhalb der EU zu viele Zugeständnisse zu machen. Man kann den Tabak oder Cannabis nicht verteufeln und auf der anderen Seite Alkohol- und Tabakwerbungen und Subventionen für Tabak zulassen.

Die effektivste Strategie zur Reduzierung und Prävention des Tabakkonsums ist zwar die **Gesetzgebung** (WHO 1993). Diese muss aber akzeptiert sein und sich nicht nur auf Verbote für den Einzelnen beschränken, sondern das gesamte System gesundheitsfördernder für alle machen. Das Wichtigste ist nicht die Rechtsnorm, sondern die Bewusstseinsgrundlage in der Bevölkerung, die zuvor vorhanden sein muss, damit die Norm auch im täglichen Leben Beachtung findet. Rauchverbote sind keine Prävention, wenn sie sozial nicht akzeptiert und nicht eingehalten werden.

Dennoch kann ein flankierendes Erhöhen des Preises zur gezielten Kompetenzförderung präventiv wirken.

Die Anzahl der konsumierenden Jugendlichen nimmt in Hochpreisländern kontinuierlich ab (Lewit et al. 1994). Schweden hat die zweitniedrigste Raucherrate in der EU (EEIG 2003). Portugal ist das Land mit der geringsten Raucherprävalenz in der EU, aber auch das Land mit den teuersten Zigaretten gemessen am Einkommen der Erwerbstätigen. Fast eine Stunde müssen sie für eine Schachtel Zigaretten arbeiten, während die Deutschen nur 13 Minuten, die Franzosen 11 Minuten und die Schweizer sogar nur 5 Minuten arbeiten müssen, um den Preis einer Schachtel Zigaretten zu verdienen (BAG 2000).

Auf EU-Ebene sollte Deutschland sich für konzertierte Preiserhöhungen als **flankierende Maßnahme zum Abbau von sozialen Ungleichheiten** einsetzen. Um dann als wirksames Abschreckungsmittel zu gelten, müssen wiederholte Steuer- und Preiserhöhungen in der EU progressiv vorangetrieben werden, um Zigaretten nicht zu einem preiswerten Luxusgut zu adeln, wurde schon vor mehr als 20 Jahren gefordert (ACHE 1985; Roemer, 1993). Das hielte dann vor allem Jugendliche und

⁷² Ein weiteres Problem stellt der Zigaretten Schmuggel dar. Durch die zahlreichen Anrainerstaaten mit niedrigen Zigarettenpreisen wird Deutschland zu einem Umschlagplatz für Schmuggelzigaretten. Dies umso mehr wie die Preis im Inland steigen.

ab einem gewissen Preis auch einkommensschwächere Personen ab. Bier wird von diesem Personenkreis trotz moderater Preiserhöhungen häufig gekauft. Aber wer von ihnen kauft schon regelmäßig Champagner?

Es gibt kein Grundrecht auf preiswerten Alkohol oder Tabak. Andernfalls wären Champagner oder Kaviar, beides können sich sozial Benachteiligte nicht leisten, wegen Verstoß gegen Artikel 2 I des Grundgesetzes (allgemeine Handlungsfreiheit) und Art. 3 GG (Gleichbehandlungspflicht) in Deutschland verfassungswidrig.

Im Ergebnis sollte Deutschland sich innerhalb der EU, dafür einsetzen, dass die Mitgliedstaaten alle ihre Tabakpreise auf ein hohes Niveau anheben. Und gegebenenfalls, wenn sich dies nicht erreichen lässt, Preiserhöhungen und Tabakbeschränkungen per Gesetz als flankierende Maßnahmen einführen.

4.2.2 Lückenloser Nichtraucherchutz in allen Lebensbereichen – Nichtrauchen als Norm

Ein weiteres Thema zur Eindämmung des Rauchens als sozial akzeptierte Kompetenz im Alltag wäre ein lückenloser Nichtraucherchutz, der dem Rauchen peu à peu die Sozialadäquanz nähme.

Viele Ergänzungen und Ausnahmen sorgen für eine **Lücke im Schutz des Nichtrauchers** und in der Unterstützung des Nichtrauchens als die sozial anerkannte Verhaltensweise. Deswegen erhöhen die heutigen Regelungen oft nur den Druck auf sozial Benachteiligte, die eher ihre alltägliche, an ihre Lebensumstände angepasste Verhaltensweise durch die Gesellschaft immer mehr abgelehnt sehen. Dies kann Trotzreaktionen einer eingeschworenen Gemeinschaft mehr schüren als ein Umdenken der unter diesen Bedingungen Rauchenden zu veranlassen.

Der in Deutschland noch lückenhafte Nichtraucherchutz und seine effektmindernden Relativierungen vor allem für Menschen aus den sozial Benachteiligten Milieus, die als Nichtraucher oft in der Minderzahl in ihrem Umfeld sind.⁷³

Im heutigen **veränderten Gesellschaftsklima** in Deutschland besteht die Gefahr, eher amerikanische Verhältnisse zu entwickeln. Raucher werden ausgegrenzt, Rauchen wird allein als unsoziales Selbstverschulden angesehen und die Verantwortung allein an die Raucher abgegeben (Schmidt, 2000: 359f).

⁷³ Beispiele sind die Ausnahmeregelungen im Straf- und Maßregelvollzug oder anderen Einrichtungen mit dauerhaften Bewohnern sowie für Arbeitsstätten.

Erfreulicherweise gibt es aber eine Trendwende bei den Jugendlichen, die immer häufiger Alkohol und Tabak ablehnen (Hüllinghorst, 2007). Diese Erfolge gilt es im Sinne einer Konsolidierung eines nichtraucherfreundlichen, aber nicht ausgrenzenden Gesellschaftsklimas zu nutzen.

Wichtig wäre eine **klare Formulierung** der Regelungen.

Es muss klargestellt sein, wo das Rauchen verboten oder erlaubt ist. Nur so kann eine **soziale Kontrolle und ein verbindlicher Verhaltensmaßstab** für alle abgeleitet werden, mit den sich die Menschen identifizieren.

Irland als traditionelles Raucherland hat es vorgemacht. Die Pubs sind rauchfrei und besucht werden sie nach wie vor.

Weitere gesetzliche Änderungen, die die gesundheitlichen Belastungen durch die sozial benachteiligte Lebenslage zu reduzieren helfen, können an dieser Stelle nur exemplarisch angeführt werden. Aber alle verfolgen das Prinzip des **Abbaus von Hemmnissen** und der positiven und flexiblen Unterstützungsleistung, die dem individuellen Bedarf auch entspricht.

4.2.3 *Bildung als Schlüsselqualifikation*

Bildung ist eine der Schlüsselqualifikationen in der heutigen hochqualifizierten Informationsgesellschaft. Sie ist der Hauptfaktor für die Entwicklung sozialer Benachteiligung.

Ein hohes Bildungspotential ist für die **innovative Weiterentwicklung** der Gesellschaft das wichtigste Element ihrer Zukunftsfähigkeit (Brüning & Kuwan, 2002).

Dieser Zusammenhang von allgemeiner Bildungsförderung und globaler Wettbewerbsfähigkeit sollte als Grundlage mit in die Willensformungen des allgemeinen politischen Willens aufgenommen werden, um zu verdeutlichen, dass Bildung für alle vorteilhafter für den Wirtschaftsstandort ist, als viel Bildung ausschließlich für eine Elite. Im Nachgang müssten dann die grundlegenden Schul- und Ausbildungsgesetze im Sinne der Kompetenzentwicklung angepasst werden.

Wer die Bildungschancen sozial Benachteiligter real und nicht nur de jure erhöht, sorgt nicht nur für deren Gesundheitsförderung durch Wegfall instrumenteller, gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, durch bessere Lebensumstände und Kompetenzen. Vielmehr investiert er damit in die Zukunft aller. Je höher der

Bildungsgrad von Personen, desto größer ist auch das Selbstvertrauen in die Bewältigung beruflicher bzw. sozialer Lebensanforderungen, und desto positiver die Einwirkung auf die nachfolgende Generation (Hurrelmann, 2000; Hurrelmann & Unverzagt 2000).

Das deutsche Bildungssystem basiert noch auf einem **veralteten Bildungsbegriff** und veralteten Strukturen, beides benachteiligt Kinder aus den unteren Schichten systemimmanent.

Diese Benachteiligung beginnt schon früh (Brüning & Kuwan, 2002). Trotz Lehrmittel- und Studiengebührenfreiheit erreichen mehr als sechs Mal weniger Kinder aus sozial unteren Schichten die Hochschulreife als Kinder der Mittel- oder Oberschicht (Hradil, 2005). Den Gang zur Universität finden proportional dadurch noch weniger. Der **zweite Bildungsweg** wird unnötig erschwert. Wer im Bildungswettbewerb schon am Anfang am unteren Ende der Skala steht, kann im Laufe seines Lebens bildungsmäßig noch weiter benachteiligt werden, weil Weiterbildungsanforderungen sich ändern und der Zugang zu diesen Institutionen versperrt bleibt.⁷⁴

Teilabschlüsse, wie sie diskutiert werden, wären sinnvoll, um erbrachte Leistungen zu dokumentieren, damit auf ihnen jederzeit aufgebaut werden kann⁷⁵.

Lebenslanges Lernen wird in Deutschland nicht systematisch gefördert.

Die Förderung hätte zwei Ansatzpunkte:

Zum ersten muss die Einstellung der Arbeitgeber zur Fortbildung ihrer Mitarbeiter gestärkt werden, damit sie die Weiterbildung der Mitarbeiter als Erhöhung des Humankapitals sehen und für den Betrieb nutzbar machen lernen (Kuwan, 2002).

Zum anderen ist die Einstellung der Mitarbeiter zu fördern (z. B. durch ein Anreizsystem). Dieses Anreizsystem kann auch Arbeitgeber durch ein

⁷⁴ Kostenpflichtige Kurse und arbeitnehmerunfreundliche Unterrichtszeiten tun ein Übriges, die Bildungschance zu verringern. Wenn Menschen mit schwierigen sozialen Bedingungen überhaupt die Motivation finden, Bildungsabschlüsse nachzuholen.

⁷⁵ Die vor einigen Jahren diskutierte Möglichkeit, des kleinen Gesellenbriefes oder eines kleinen Studienanschlusses ist wieder ad acta gelegt worden. Eher aus Globalisierungsgedanken wurde der BA eingeführt, der allerdings auch wieder ein qualifizierter Abschluss ist und in Deutschland noch keine umfassende Akzeptanz findet.

Zertifizierungsverfahren oder ähnliche Vergünstigungen zur Förderung der Weiterbildung ermutigen.

Ein weiteres Problem ist der Bildungsbegriff selbst.

Der Bildungsbegriff in Deutschland favorisiert die **Wissensvermittlung** und vernachlässigt **Kompetenzvermittlung** (Hradil, 2005). Wichtiger als Wissen wäre die Erkenntnis, wie man lernt und wo man Hilfe erhält, um den gewünschten Weg fortsetzen zu können⁷⁶. Außerdem hätten Kompetenzen im Vergleich zum Wissen den Vorteil der universellen Einsetzbarkeit im Alltag, um die vielen verschiedenen Problematiken des Alltags zu meistern, ohne auf eingepacktes Wissen zurückgreifen zu müssen.

Der individuelle Support zu selbstständig und kreativ **strukturierten Problemlösern** ist in Deutschland (noch) nicht systematisch gegeben. Schon lange bekannte Erkenntnisse der **Lernpsychologie** werden im täglichen Schulalltag ebenso wenig umgesetzt, wie die Zielsetzung der Schulausbildung für ein erfolgreiches und gesundes Leben in einer sich entwickelnden Gesellschaft vorzubereiten. Die hohe Zahl von Schulversagern und Ausbildungs- und Studienabbrecher zeugt davon. Wer dem Druck nicht standhält und keine Unterstützung aus dem Elternhaus erhält, scheitert (Geißler, 2006). Zu den Betroffenen zählen vorrangig sozial Benachteiligte. Die Eltern könnten mit dem oben angeführten **Erziehungsverträgen** mit in Kompetenzbildung einbezogen werden. Eventuell böten Ganztagschulen die bessere Möglichkeit, Schüler auch in ihrer Freizeit zu fördern und den Schuldruck durch Betreuung zu reduzieren.

Soziale und allgemeine Lebenskompetenzen müssten die wahre Frucht der schulischen Erziehung sein und nicht die Zitierfähigkeit von Detailwissen.

Der Hauptschulabschluss sollte in der allgemeinen Anschauung durch eine Art **Basisabschluss** (Schul-Bachelor) in einem einheitlichen Schulsystem begriffen werden, auf den man aufbauen kann. Und nicht weiter als Abschluss für „Restschüler“ des alten „drei Klassensystems“ fungieren, so dass die verschiedenen Abschlüsse wirklich auch auf einander aufbauen könnten⁷⁷. Peer-Groups in den

⁷⁶ Nach eigener Erfahrung liegen die oft langen Studienzeiten, die hohen Versagerquoten und die Examensangst vieler (Jura-)Studenten an eben diesem Defizit. Methodenkompetenz würde einem stressigen, aber aussichtslosem Auswendigpauken gegen die Statistik abhelfen.

⁷⁷ Günstiger wäre es, ganz auf die veraltete Dreizügigkeit des Schulsystems zu verzichten. In der Gesamtheit könnten Schüler sich besser auf die Anforderungen des sozialen Lebens vorbereiten. Auch

„Gesamtschulen“ wären dagegen heterogen wie Gesellschaft selbst und verhindern so nicht nur die **soziale Förderung von gesundheitsbeeinträchtigten Verhaltensweisen**, sondern auch das Festsetzen der Notwendigkeit sozialer Abgrenzung in den Köpfen der Jugendlichen. Ein positiver Effekt, der in den „ghettoisierenden“ Hauptschulmilieus nicht einstellen kann, weil in ihnen nur bestimmte Bildungsmilieus vorherrschen (Hurrelmann, 2000).

Höhere Bildung ist, wie oben bereits zu den Kompetenzen beschrieben, unbedingt mit **höherem Verantwortungsbewusstsein** für die Gemeinschaft zu korrelieren. Wer eine höhere Position in der Gesellschaft anstrebt, sollte nicht nur das Wissen haben, sondern mit seinem Abschluss die entsprechende sozialen Kompetenzen aufweisen, um diese Position auch gemeinschaftsfördernd zu bekleiden.

Die Motivation und die Möglichkeit, weitere **qualifizierende Abschlüsse unter Umständen berufsbegleitend** zu erwerben, ist eine wichtige Voraussetzung in der fortschreitenden Informationsgesellschaft. Wenn es im Arbeitsleben normal ist, sich fortzubilden, kommt die Fortbildung aus dem Sonderlingdasein heraus und wird, wenn sie mit sozialen Vorteilen einhergeht, erstrebenswert.

Aneignung von Wissen ist nur dann von Vorteil für Lernende, wenn es bei der Organisation des Alltags und bei der Lösung der damit verbundenen Probleme behilflich ist (Leppin, 1995). „L’art pour l’art“ ist ohne alltäglichen erstrebenswerten Anreiz.

Damit wären wir bei einem anderen bedeutsamen Punkt der Umgestaltung des Bildungssystems angelangt.

Bildung braucht ein Ziel, für das es sich zu arbeiten lohnt. Wer nach der Schule sowieso mit seinen erworbenen Qualifikationen der Erwerbslosigkeit zusteuert, wird wenig motiviert sein, die Schule überhaupt abzuschließen, geschweige denn erfolgreich zu beenden.

Die vermittelten **Inhalte müssen Qualifikationen** sein, die zum Arbeitsplatz und zum selbstbestimmten sozial erfolgreichen Leben führen (Henkel, 2000). Beschäftigungs- und Ausbildungsprogramme sind ein Mittel den sozialisierenden Einstieg in die anschließenden Sozialisationssettings zu finden. Die Ausbildungsinhalte für Lehrer, Erzieher, Mentoren und Pflegemitarbeiter sollten eine einschlägige Abstimmung auf aktive Unterstützung und frühzeitiges Erkennen von positivem sozialen Förderungsbedarf erfahren.

würde ihnen nicht schon durch das Schulsystem eine Klassifizierung und strenge Abgrenzung sozialer Gruppen vorgelebt.

In Norwegen gibt es seit diesem Jahr ein **Prinzip der positiven Diskriminierung** zu Gunsten sozial Benachteiligter, hier vor allem Migranten, die bei Ausbildungs- und Arbeitsplatzvergabe besonders zu berücksichtigen oder sogar per Gesetz zu bevorzugen sind. Ein Modellversuch, der auch Wert wäre, in Deutschland, dem Land der Frauenförderung, diskutiert zu werden, um einem erfolgreichen Abschließen der Schule auch für sozial Benachteiligte ein Ziel zu geben.

Für den individuell erforderlichen Support gemäß Fähigkeiten und nicht anhand der Defizite entwicklungsbegleitend zu erfassen, ist in frühen Lebensphasen Intervention sinnvoll.

In diese **Erfassungsvakanz** könnte das Gesundheitssystem eintreten, wenn die Zielsetzung der frühkindlichen Untersuchung mit etwas veränderten Vorzeichen gemacht werden würden.

4.2.4 Umgestaltung des Gesundheitssystems

Es fehlt ein Frühwarnsystem, das Benachteiligungen schon früh erkennen kann. Hier wäre dringend die Einrichtung eines **Fördersystems ab Geburt** zumindest ab Kindergarten erforderlich. Dieses darf sich nicht erst an Schüler wenden, wenn ihre Leistungen defizitär werden, sondern sollte schon frühzeitig ansetzen. Der von Schnabel geforderter Akzent auf die Frühförderung (Schnabel, 2001) sollte bereits pränatal beginnen und sich nicht nur auf präventive Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten beschränken. Fast jeder Bundesbürger beginnt sein Leben damit, dass seine Mutter einen Frauenarzt und eine Hebamme aufsucht, die die Mutter und das Ungeborene während der Schwangerschaft betreuen.

Nach der Geburt wäre ein Ansatzpunkt für **Beratung durch die Hebamme**. Sie unterstützt nicht nur bei der Versorgung des Säuglings, sondern hilft auch bei Spannungen in der Beziehung, die sich zwangsläufig ergeben.

Ein weiterer **Aufsuchdienst der Hebammen**, wie er in ländlichen Kreisen bereits existiert, könnte eine Kontinuität in der Praxis nach Entlassung aus der Klinik bringen. Die sehr wichtige Mutterrolle kann auf diese Weise innerhalb der Beziehung zwischen Mutter und Kind sowie zwischen den Eltern gestärkt werden. Auch könnte es den Vätern helfen, ihre Stellung innerhalb der Familie einzunehmen, damit die prägenden Phasen im Leben eines Kleinkindes zumindest von der Grundlage her erfolgreich verlaufen können. Die **Stabilität der Beziehung** und die

Lebenszufriedenheit der Familienmitglieder können sich durch diese aktive Unterstützung zum Wohle des Kindes nur erhöhen (Schnabel, 2000).

Ab der Entlassung aus der Klinik könnte daher ein flächendeckender regelmäßiger **Besuchsdienst einer Familien-Gesundheitsschwester für junge Familien** etabliert werden, die die Familie bis in die Pubertät der Kinder begleitet. Im Sinne der positiven Förderung durch Systemgestaltung werden alle Familien gefördert und nicht nur sozial schwache Familien. Dadurch entsteht, anders als bei Konzentration auf Risikogruppen, kein diskriminierender Effekt (Faltermaier, 2004). Diese Familiengesundheitsschwester begleitet und betreut die gesamte Familie (Schnabel, 2001).

Sie fungiert als eine **Case-Managerin** innerhalb der Unterstützungssysteme, um den Familien, deren Bedarf sie einschätzt, das jeweilig **erforderliche Empowerment** zu kommen zu lassen. Erfahrungen zeigen, dass **passive Servicevorhalte** wie der Erziehungsbeistand und die Mütterberatung eher von jenen Personen angenommen werden, die nicht zu den sozial benachteiligten Personen gehören. Um familiär bedingte Sozialisationshemmnisse positiv im Sinne der Chancengleichheit aufzufangen, sind vor allem Kindertagesstätten ein Schlüsselsetting (Altgeld, 2002).

Wegen der veränderten **Stellung der Frau** und ihrem **neudefinierten Selbstbild** in der Gesellschaft wäre eine flächendeckende, gesetzlich verortete Versorgung mit Kinderhort- und Kindergartenplätzen positiv. Die Lebenszufriedenheit der Frauen, die ihrer Berufstätigkeit nachgehen können, würde gefördert. Letztere wirkt sich positiv auf die Entwicklung der Stabilität der Familie und die gesunde Entwicklung der Kinder aus, die ohne Spannungen zwischen ihren Eltern gesünder aufwachsen. Darüber hinaus ist das (zusätzliche) Familieneinkommen ein Stück mehr soziale Sicherheit (Geißler, 2006)

Nach Vorbildern in den Niederlanden wären zur besseren Integration von Migranten **Besuchsdienstnetze** von Migranten erwägenswert (Münz, 2003). Dies nimmt sprachlich - kulturelle Barrieren und schafft Vertrauen. Es böte sich an, sowohl die Ausbildung von Migranten zur Familiengesundheitsschwester zu forcieren als auch Freiwillige zur Begleitung der Professionellen anzuregen.

Im Gesundheitssystem sollte letztlich auch die Ärzteschaft vom therapeutisch-medizinischen Behandlungsmodell zum **allgemeinen Gesundheitsdienstleister** umorganisiert werden, der auch gesundheitsförderliche Aspekte in die Betreuung der Patienten mit aufnimmt (Heimpel, 2004: 380ff). Die Studienordnungen wären

entsprechend umzugestalten. Mit Einbindung in die veränderte Zielsetzung, der sozialen Gemeinschaft zur sozialen und gesundheitlichen Angleichung zu verhelfen, könnte auch der grundsätzliche Widerstand der Ärzteschaft reduziert werden, indem ihre neuen Betätigungsfelder eröffnet werden.

Ebenso sollten die Ausbildungsordnungen anderer Studiengänge, wie Juristen, Ingenieure, Raumplaner etc., auf Gesundheits- und Sozialwirken der Gemeinschaft ausgerichtet werden.⁷⁸

4.2.5 *Gesunde Umfeldgestaltung – keine Wohnghettos*

Die gesundheitsfördernde Stadtplanung, die Gettoisierung zu vermeiden sucht und neben gesundem Wohnen auch die Versorgung mit sozialer Infrastruktur betreibt, kann dies wesentlich unterstützen. (Trojan, 2004).

Unter dem Begriff des „Stewardship“ wären auch die **Vorgaben für die Raumplanung** gesundheitsfördernd zu verändern. Zur Entschärfung sozialer Brennpunkte sollte die gesetzliche Pflicht jeder Kommune verankert werden, sowohl die bauliche Gestaltung, die **vorherige Schaffung der Infrastruktur** (Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätze, kulturelle Angebote) und die **heterogene soziale Besiedlung** sicherzustellen. In den Trabantenstädten der 1960er Jahre wurden diese Aspekte nicht beachtet. Es kam zur sozialen Ghettoisierung⁷⁹. Vor allem, weil die entsprechende Infrastruktur (Arbeitsplätze, Kindergärten, Geschäfte) fehlte, die das Leben für Menschen aus anderen sozialen Schichten in diesen Trabantenstädten lukrativ hätte erscheinen lassen.

4.2.6 *Paradigmenwechsel im Sozialrecht*

Als letztes Änderungsfeld soll exemplarisch das **Sozialrecht im weiteren Sinne** dargestellt werden.

Maßstab nach der gesetzlichen Subsidiarität kann nicht länger die **unterste Grenze der Erträglichkeit** sein, sondern die gesunde Entwicklung in der Gemeinschaft

⁷⁸ Ein kleiner Beginn ist schon zu erkennen. Seit 2004 sind die Ausbildungsinhalte der Krankenpflege in einigen Teilbereichen auf gesundheitsfördernde Aspekte und Umfeldempowerment erweitert worden und bei den Stadtplanern gehört in Wettbewerben das Kriterium „gesundheits- und kindergerechte Gestaltung“ zu Beurteilungsinhalten. Weitere Bevorzugung dieser Ansätze sollte folgen.

⁷⁹ Eine ähnliche soziale Gettoisierung findet sich heute noch in den Hauptschulen, deren Schülerschaft nicht die Realität der Bevölkerungsverteilung widerspiegeln

(Schnabel, 2001). Passiver Defizitenausgleich ist gegen das aktive, an den Ressourcen orientierte Empowerment zu ersetzen, um den Betroffenen nicht das Gefühl des Ausgeschlossenseins und des Bittstellens zu vermitteln..

Beginn der sozialen Befähigungsmaßnahmen darf aber nicht länger das schon bestehende Defizit sein, das nach dem **Subsidiaritätsprinzip** sogar noch im Sinne der existenziellen Bedrohung unterschritten werden muss.

Besser ist, den Bedarf individuell schon früh durch einen flächendeckenden Besuchsdienst einzuschätzen, um vor der Defizitentstehung durch Förderung der Ressourcen zu intervenieren.

Nur mit einem solchen System ist die Sozialisationsleistung der wichtigsten Kompetenzförderungsinstanz (Familie) zu erhöhen und zu erhalten (Schnabel, 2001). Und Empowerment in den nachfolgenden Settings (Kindergarten, Schule, Ausbildung, Arbeitsstätte) darf sich nicht auf Schadensbegrenzung beschränken.

Das sensible Gebiet der sozialen und familienrechtlichen Gesetzgebung bedarf der staatlichen Fürsorge. Dennoch ist die Familie als Ansatz für gesundheitsfördernde Maßnahmen nur selten gewählt worden (Schnabel, 2003).

Aus historischen Gründen hält sich der Staat zurück, wenn es um Interventionen im Sozialisationsgeschehen der Familie geht (Jarass, 2006, zu Art. 6).

Aber gerade der oft zitierte Artikel 6 des Grundgesetzes, der die Familien unter den besonderen Schutz der Gemeinschaft stellt, fordert gerade dazu auf, alle Familien bei ihrer grundlegenden **Sozialisationsleistung für die Gemeinschaft aktiv zu unterstützen**. Unter diesem Schutz stehen **alle Familien** gleichermaßen.

Der Begriff der Familie ist im Zuge der Gesellschaftsentwicklung weit auszulegen (Hesselberger, 1989: zu Art. 6; Epping, 2004: 197f). Hierfür muss die Gemeinschaft eine Sensibilisierung schaffen, um in der allgemeinen Anschauung die staatliche Unterstützungsintervention innerhalb der Familie als Fürsorgliches und nicht als Bevormundendes erscheinen zu lassen.

Ausschließlich Familien aus sozial benachteiligtem Umfeld alleine zu betreuen, wäre auch zu kurz gegriffen. Weder könnten allgemeine Defizite frühzeitig erkannt werden, noch wäre ein **flächendeckendes Sozialisationsempowerment** zu erreichen. Ziel ist schließlich die positive Förderung der Familien als Sozialisationsinstanzen und nicht der Ausgleich von Sozialisationsdefiziten

Schließlich reichte allein ein kleiner Wandel in der Lebenslage aus, um eine Familie schnell zu einer sozial benachteiligten Familie werden zu lassen, ohne dass es zuvor

Anzeichen gegeben haben muss⁸⁰. Eine solcher Wandel müsste durch das Familienempowerment abgefangen werden.

Zum Sozialrecht gehörte indirekt auch die **Reglementierung des Arbeitsmarktes**. Die sich wandelnde Gesellschaft schafft nicht nur Probleme, sondern auch Chancen. Die systematische Betreuung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber in Fragen der Weiterbildung und Beschäftigungsförderung durch Erschließung neuer Ressourcen sollte berücksichtigt werden, um eine **entwicklungsbegleitende Gesundheitsförderung** der Menschen zu gewährleisten. Auch heute noch ist die Arbeitsstelle eine wichtige Sozialisationsschnittstelle zwischen Gesellschaft und Individuum, die entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung gesunder Lebensumstände und die Erschließung von sozialen Ressourcen nimmt. Mit geringem Einkommen und sozialer Anerkennung ist beides schwierig.

Vor 20 Jahren hätte niemand geglaubt, dass Umweltschutz nicht nur Ausgaben bedeutet, sondern auch eine lukrative wirtschaftliche Innovation darstellen kann. Heute ist die Umwelttechnologie und der Know-how - Verkauf ein wichtiger Wirtschafts- und Exportzweig⁸¹. Die Gesundheitsförderung, die sich durch Umstrukturierung der Wirtschaft entwickelt, könnte ähnlich viele vorteilhafte Chancen für den deutschen Standort bringen.

Nach der Anpassung von rechtlichen Regelungen auf systematischen Abbau von sozialen Auslösern für gesundheitliche Benachteiligung und Förderung von Kompetenzen bleibt noch die Frage nach dem Vollzug dieser neuen Zielsetzungen.

Wie sähe ein solcher systematischer Aufbau von gesundheitsfördernden Kompetenzen aus?

4.3 *Begleitender Kompetenzförderung als Kindeswohl nach Artikel 6 GG*

Im vorangegangenen Kapitel wurde ein kurzer Einblick versucht, wie die Lebenssituation der sozial Benachteiligten **per gesetzlicher Systemanpassung** verbessert werden könnte, um die Komponente der gesundheitsschädigenden

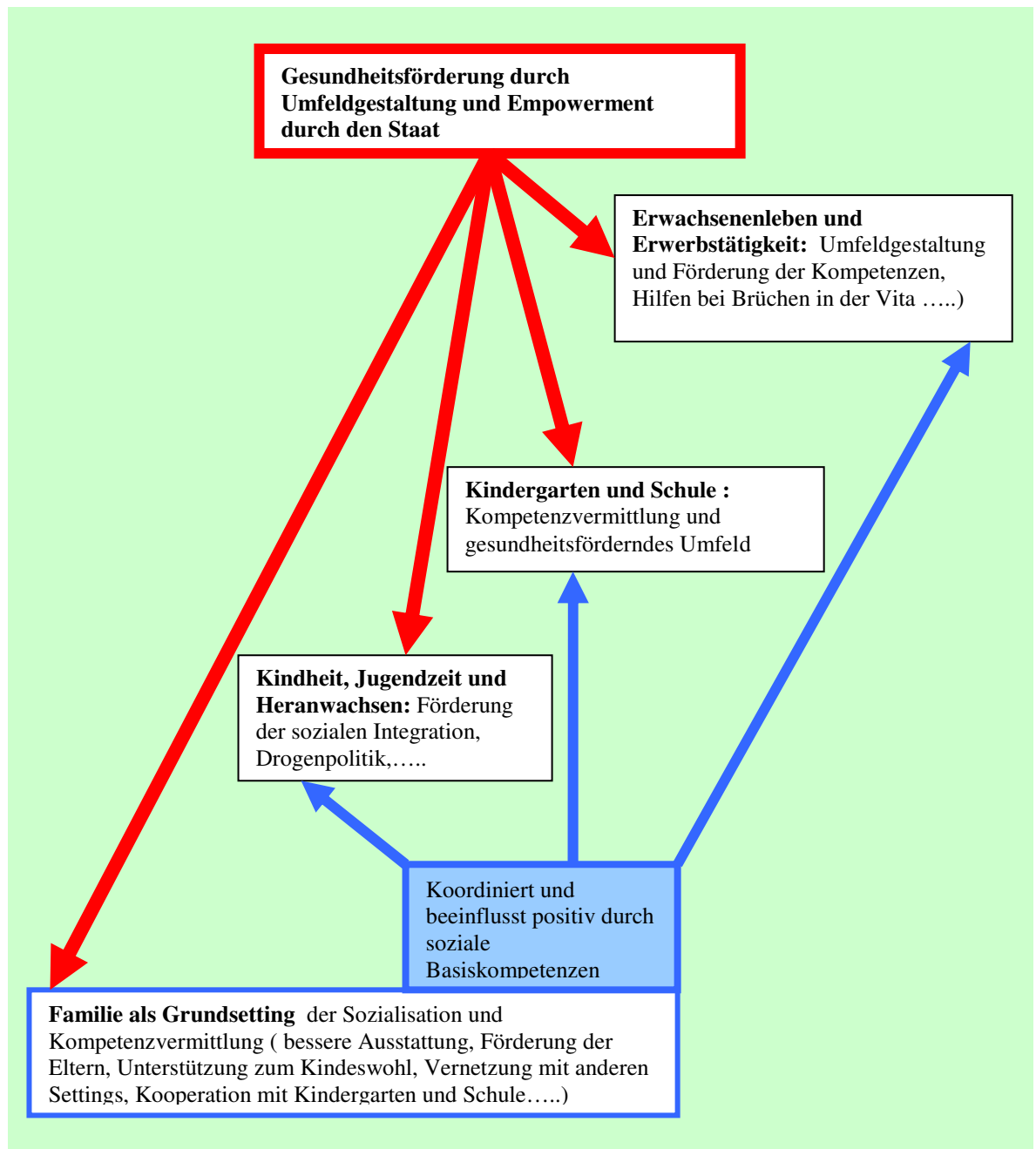
⁸⁰ Bei Erwerbslosigkeit, einem weiteren Kind oder Scheidung kann soziale Benachteiligung beginnen.

⁸¹ Deutschland hat in seiner Entwicklung als Industrienation immer vom „Wissensexport“ gelebt. Innovative Ideen wurden erdacht, erprobt und vermarktet. Stahl herstellen konnte im 19. Jahrhundert jedes Land. Aber Röhren ohne Naht oder Eisenbahnräder, die schnellere Geschwindigkeiten als 50km/h aushielten, konnten nur die deutschen Stahlwerke Dank überlegendem Wissen liefern.

Ursachenkette durch Diskriminierung zu durchbrechen. Als Forderung steht die Förderung der Kompetenzen, sich Ressourcen zu erschließen und ein gesundes Mitglied der Gesellschaft im Dialog mit der Gesellschaft zu werden.

In der Übersicht sind die beiden Wege der settingbezogenen Gesundheitsförderung, die der WHO – Ansatz von 1986 vorsieht, schematisch dargestellt.

(Schaubild 37: Direktes und indirektes Kompetenzfördern in den Sozialisationssettings)



Die gesundheitsfördernde Einwirkung des Staates kann sich dabei zum einen **direkt** auf die Entwicklungssettings des Individuums, deren rechtliche Strukturgebung vor allem vom Staat beeinflussbar ist, erfolgen.

Oder kann **indirekt** über die **Familie als Basissetting** oder Koordinator, der auf das Leben in der Gesellschaft vorbereitet, Sozialisationsschwierigkeiten abfedert sowie ein direktes Ebenbild der fördernden Gesellschaft werden soll, geschehen. Im familiären Umfeld werden die Kompetenzen erworben und vertieft, die für eine gesunde Entwicklung in der Gesellschaft Voraussetzung sind (Schnabel, 2001)

Diese beiden Interventionsstränge zur Förderung der Entwicklung gesunder Kompetenzen sind unten im Schaubild dargestellt.

Neben der direkten Intervention in den Sozialisationssettings bietet die Förderung der Familie zwei erkennbare Vorteile.

Neben der Stärkung der Basiskompetenzen in der Familie mit Vorbereitung auf ein gesundes Leben in der Gemeinschaft, werden darüber hinaus auch die Sozialisationsleistungen anderer Settings unterstützt. Die erheblich davon profitierten, wenn die vermittelten Kompetenzen durch die Familie verstärkt würden und nicht isoliert ohne positiven Anschluss an das direkte Lebensumfeld blieben

Die roten Pfeile symbolisieren die **direkten Einwirkungen** auf die Gestaltung der Sozialisationssettings eines Menschen. Die blauen Pfeile zeichnen die sozialisierende, ausgleichende und **koordinierende Funktion der Familie** ab, die vom Staat mittelbar durch gezielte Familienförderung unterstützt werden sollte.

Einerseits sind die Maßnahmen settingbezogen angelegt. Da gesundheitsschädigende Kompetenzen im Setting entstehen bzw. aufrechterhalten werden, können sie auch nur über Veränderungen im Setting dauerhaft in Richtung gesundheitsfördernde Lebenskompetenzen verändert werden (WHO, 1986; Kickbusch, 2003). Dies ermöglicht, umfeld- und individualbezogene Maßnahmen mit einander zu verbinden (Altgeld & Kolip, 2004).

Andererseits bieten sich im Laufe der Entwicklung eines Menschen verschiedene Settings, die er durchläuft, als Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen an. Dabei ist die Familie das erste und grundlegende Setting, in dem Basiskompetenzen erworben werden und der Übergang in die nachfolgenden Settings der Entwicklung vor- und nachbereitet werden müssen (Altgeld, 1998, Schnabel, 2001).

Ein vergleichbar wichtiges Setting der Frühförderung stellt der Kindergarten zum Erwerb von Basiskompetenzen dar (Zimmer, 2002; Keller & Hafner, 2003).

Weitere wichtige Entwicklungsphasen für die Sozialisation sind die Schulzeit, die Jugend aber auch das Erwerbsleben. Bei Schnabel heißt dieser Entwicklungsdurchlauf „**transitorische Identität**“. Sie ist für ein erfolgreiches

Erwachsenenleben, die befähigt, die unterschiedlichen Arbeitsumwelten und Sozialisationsangebote für sich bestmöglich durch kommunikative Fähigkeiten zu nutzen, unerlässlich (Schnabel, 2004: 284). Diese Identität zu schaffen, ist das Ziel einer positiven Förderung von Lebenskompetenzen, die in den verschiedenen gesundheitsfördernden Settings erworben werden.

Hierzu versuche ich im letzten Unterkapitel ein konkretisiertes **Modell eines entwicklungsbegleitenden Empowerments** eines Individuums nachzuzeichnen, das mit den Berührungspunkten zur Gemeinschaft soziale Hilfestellungen zur Kompetenzentfaltung erhält.

Einer Kompensationskompetenz durch gesundheitsschädigendes Verhalten, wie Rauchen, würde dann der Nährboden entzogen. Positives Gesundheitsverhalten lohnt sich nur für Menschen, die sich mit den Gesundheitszielen der gesundheitsfördernden Gesellschaftsstruktur identifizieren können. Es entsteht erst dann eine **Interessenkonklusion**. Die Ziele der Gesellschaft, die er als positiv erführe, wären dann auch seine Ziele. Erst ab diesem Entwicklungsstand eines Menschen machten Aufklärungskampagnen über Gefahren und Nutzen des Rauchens überhaupt Sinn.

4.3.1 Neudefinition des Kindeswohls

Die **Frühförderung im Kindergarten** gilt als besonders wichtig. Es handelt sich um das „Schlüsselsetting“ in der Kompetenzentwicklung (Altgeld & Kolip, 2004). Ausschlaggebend ist vor allem die Situation in der Kindergemeinschaft. Bei Kindern sind soziale Unterschiede im Bewusstsein noch nicht sehr ausgeprägt, der Umgang ist vorbehaltlos und der fehlende Leistungsdruck lässt Kinder soziale bzw. gesundheitliche **Kompetenzen spielerisch erlernen** (Keller & Hafner, 2002).⁸² Die Kindergruppe integriert alle Mitglieder schneller als Erwachsene, die natürliche Neugier am Neuen erleichtert das Einführen neuer Verhaltensnormen⁸³.

Die Erzieherinnen sollten soweit geschult sein, dass sie Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig erkennen, damit sie zeitnah Hilfsangebote einsetzen können, so lange die Defizite noch klein sind⁸⁴. Über Rollenspiele und Freiräume können Lern- und

⁸² Eben diese Situation wollen jüngst Politiker zum spielerischen Erwerb der englischen Sprache nutzen.

⁸³ Hier käme auch niemand auf die Idee, einen Kindergarten für künftige Hauptschüler einzurichten.

⁸⁴ Erzieherinnen sollten eine fundiertere pädagogische Ausbildung erhalten, um die Kinder nicht nur zu betreuen, sondern auch zu fördern. Gesetzlich muss der Kindergarten mit einem Bildungs- und Erziehungsauftrag versehen werden.

Sozialkontakte der Kinder ausgeweitet werden, indem sie spätere Verhaltensweisen der Erwachsenenwelt einüben (Schnabel, 2001 und 2004). Über gemeinsame Aktionen wie Kindergartenfeste, Ausflüge und andere Aktivitäten sollten Eltern mit eingebunden werden, so dass auch unter ihnen ein Austausch und Kooperation mit dem Kindergarten entstehen kann (Trojan, 2002). Die oben schon erwähnten **Erziehungsverträge** können auch hier schon zum Einsatz kommen, um die Eltern an der Entwicklung der Kinder aktiv zu beteiligen.

Gemeinsame Ziele sorgen für die Identifizierung mit den Idealen der Kindergartenförderung, so dass keine Diskrepanz zwischen Elternhaus- und Kindertagenerziehung entsteht, die eine Implementierung im Bewusstsein der Kinder erschweren würde (Hurrelmann, 2000). Leider gibt es aber für Kindergärten noch keinen allgemeinverbindlichen Qualitätsstandard, der eine gezielte Förderung flächendeckend sicherstellt. Ebenso besteht nach wie vor Bedarf an Kinderhort- und Kindergartenplätzen. Über eine Kindergartenpflicht sollte unter Umständen diskutiert werden.

Dabei wären Bedenken aus Artikel 6 GG, der den Eltern das Erziehungsrecht vor staatlichen Interventionen zuteilt, auszuräumen.

Rechtlich bleiben staatliche Eingriffe aber erlaubt, wenn sie der **Sicherung des Kindeswohls** dienen. Und was das Kindeswohl beinhaltet, sollte nach der zu vermittelnden Fähigkeit, ein sozial integriertes und gesundes Leben in der Gesellschaft zu führen, definiert werden.

Mit der flächendeckenden Schaffung von Hortplätzen ergäbe sich die Möglichkeit für den Staat, soziale Kompetenzen bei den Kindern mehr zu fördern, die sich in der Kindergruppe spielerisch lernen ließen.

Selbst ein gewisser **sozialer oder rechtlicher Druck** auf die Eltern, Kinder mit dem Blick auf das spätere Leben in der Gemeinschaft vorzubereiten, erscheint mir diskutabel, um dem Kind Chancengleichheit in der Gesellschaft zu sichern. Vor allem dann, wenn die Erziehung des Kindes in Bahnen verläuft, die sozial desintegrativ wirken.

Bei Defiziten dieses Rechtes auf Chancengleichheit, das zum Kindeswohl gehört, zu zuwarten, wäre für das Kind fatal⁸⁵. Schon aus diesem Grunde sollte es einen obligatorischen Aufsuchdienst für alle Familien geben, der diese

⁸⁵ In der Schule Defizite aufzuarbeiten, ist zu spät. Dies zeigen Kinder mit Migrationshintergrund, die trotz Geburt in Deutschland am Einschulungstag kaum Deutsch sprechen. Hier hätte die Gemeinschaft schon viel früher zum Wohle des Kindes eingreifen müssen.

Entwicklungsdefizite zu vermeiden helfen soll, indem er die ganze Familie berät und unterstützt.

Im Ergebnis sollte die Gemeinschaft das Kindeswohl nach Artikel 6 GG im Sinne der **Chancengleichheit des Kindes** in der Gesellschaft auslegen und darauf drängen, dass entsprechende Kompetenzen zur chancengleichen Erlangung von Gütern der Gesellschaft auch vermittelt werden. Bislang greift der Staat oft nur ein, wenn es sich um Fälle von Kindesmisshandlung oder Verwahrlosung handelt. Durch flächendeckende Rasterung könnten solche Fälle aber meist vermieden werden, bevor irreversible (soziale) Schäden für das Kind entstehen

Nach den gängigen Grundrechtskommentaren wird deshalb Kindeswohl nicht nur physisch, sondern ist vor allem unter dem Aspekt der sozialen Mitgliedschaft in einer Gesellschaft als ein Aspekt der tatsächlichen Teilhabemöglichkeit interpretiert (Jarass, 2006: zu Art. 6; Epping, 2004: 201).

Demnach obliegt den Eltern nach Artikel 6 GG kein Erziehungsrecht gegen die Kinderinteressen. Sie sind nur Sachwalter seiner Interessen, mit der Verpflichtung zu seinem Wohle, das heißt auch sozialisationsbezogen auf die Gemeinschaft, in der das Kind chancengleich leben soll, zu handeln.

Begleitend müssten **Arbeitszeitmodelle** den Anforderungen der gesunden Kindererziehung durch ihre Eltern und eigenen Verwirklichung der Eltern entsprechend Rechnung tragen (Halbtagsstellen, Betriebshorte etc.).

In jenen Settings böten sich dann weitere Kompetenzförderungsmöglichkeiten, den Kindern ein gesundes und sozial integriertes Aufwachsen im Dialog mit der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Die Familie wird in ihrer Sozialisationsleistung unterstützt, stabilisiert und durch **Verknüpfung der Angebote** innerhalb der sozialen Settings sozial integriert. Der Arbeitsplatz als Sozialisationssetting und muss mit den anderen Sozialisationsinstanzen, vor allem der Familie, vernetzt werden.⁸⁶ Wenn die Eltern selbst sozial integriert und zufriedener sind, so schaffen sie ein positiveres Umfeld und wirken auch auf die Vermittlung von Kompetenzen bei ihren Kindern positiv ein (Schnabel, 2004).

⁸⁶ Eine typisch deutsche Diskussion, ob Kinder von berufstätigen Müttern schlechter aufwachsen als Kinder, deren Mütter Hausfrauen sind. Erst allmählich kommt es zum Umdenken. Zumal Frankreich und andere Länder mit der staatlich geförderten Berufstätigkeit durch Bereitstellung von Kinderhortplätzen gute Erfahrungen gemacht haben.

Nach dem Kindergarten, den die Kinder mit annähernd gleichen Basiskompetenzen verlassen sollten, erfolgt die **individuelle Förderung** in der Schule, die sich nicht auf das Ausgleichen von Defiziten beschränken darf.

Der flächendeckenden Versorgung mit Kompetenzförderungsprogrammen steht zurzeit noch entgegen, dass diese Förderungen keine konkrete schulische Pflichtaufgabe nach der jeweiligen Schulordnung darstellt.

Bemühungen, sie in ohnehin belasteten Schulen durchzuführen, werden in Deutschland nicht honoriert. In den Niederlanden werden hingegen Schulen mit einer hohen **Sozialisationslast** entsprechend finanziell und personell gefördert, wenn sie sich kompetenzfördernd verhalten (Münz, 2003).

Die Kompetenzförderung ist weniger vom Schultyp, als mehr vom sozialen Milieu abhängig zu machen, wenngleich je nach Schultyp bezeichnend bestimmte soziale Milieus vorherrschen (Leppin & Hurrelmann, 2000). Es wäre sinnvoller, man verzichtet auf die **veraltete Differenzierung** der Schultypen und das Schaffen von sozial extremen Situationen durch das Vorkommen nur benachteiligter Milieus.

Jeder Schüler sollte nach seinem persönlichem Bedarf und ihrem persönlichem Lebenszuschnitt gefördert werden. Wobei derjenige, der eine höhere Position anstrebt, auch lernen müsste, mehr soziale Verantwortung zu übernehmen.

Wichtig sind in diesem Zusammenhang, Projekte zur **Reduzierung des Schulleistungsdrucks zu implementieren**. Nicht zuletzt die schlechten Ergebnisse der Pisastudie zeigen, dass es Schülern immer weniger gelingt, Erlerntes aufzurufen und anzuwenden. Dieses Unvermögen, unbekannte Situationen zu handhaben, lässt alltäglichen Situationen zu Stresssituationen werden, sie vermitteln Unsicherheit, weil das Gefühl der Selbstwirksamkeit durch Kontrollverlust fehlt (Siegrist & Knesebeck, 2004: 123f).

Die Schule sollte aber alle dazu befähigen, vom Bekannten auf das Unbekannte schließen. Die Fähigkeit, sich mit unbekannten Herausforderungen sachgerecht auseinander zu setzen, entbände vom Leistungsdruck, alles einpauken zu müssen.

Ein Umstand, der sich weiter ungünstig auf das erforderliche lebenslange Lernen auswirkt. **Methoden- und Lebenskompetenzen** würden den meisten Schülern den Einstieg ins Erwachsenenleben und die Gestaltung des Lebens leichter fallen.

Vor allem Schüler aus sozial schwachen Milieus werden dadurch schon in der Schule von **Bildungsangeboten im späteren Leben** ausgeschlossen, die sie im Falle einer

Erwerbslosigkeit, von der sie ungleich öfter betroffen sein werden, wieder in den Kreis der Erwerbstätigen zurückführen könnten.

Ein **strukturelles Lernen** (fächerübergreifend) reduzierte den Schulstress und schaffte Kapazitäten für Kompetenzprogramme. Durch Übertragbarkeit und Verknüpfung mit Bekanntem wird das Beherrschen des erforderlichen Wissens stressfreier möglich. Außerdem fördert souverän anwendbares und aktives Wissen die Lernbereitschaft zu einem und das Selbstwertgefühl zu anderem.

4.3.2 Förderung der leibzeitigen Anpassung

Am Ende der Schulzeit enden leider auch die meisten Kompetenzförderungskonzepte. Betriebliche Gesundheitsförderung beschränkt sich daher meistens auf die Einhaltung von Arbeitssicherheitsvorschriften und Risikofaktorenminderung, um physische und psychische Schäden als Folge von Unfällen zu vermeiden (Bödecker et al. , 2002). Das Vermitteln von Kompetenzen als Entlastungsstrategien oder die gesundheitsförderliche Ausrichtung der Strukturen einer Betriebsstätte sind dagegen die Ausnahme in den Betrieben (Göben & Bös, 1999). Betriebliche Gesundheitsförderung ist zudem immer noch freiwillig und beschränkt sich auf verhaltenspräventive Maßnahmen (Lenhard & Rosenbrock, 2004: 300).

Dabei endet die Kompetenzentwicklung eines Menschen nicht mit dem Ende der Schulzeit. Zwar wären geförderte Schüler im späteren Leben besser gerüstet, dennoch können Kompetenzen sich wieder durch **Veränderung der Lebenssituation** deaktualisieren. Zu denken wäre hier an Arbeitslosigkeit oder an familiäre Krisen.

Besonders belastend werden Lebensumstände dann, wenn die Betroffenen sich als **Objekt fremder Entscheidungen** sehen. Bisher sind dies genau jene Umstände, die in den unteren sozialen Milieus die höhere Belastung durch die Lebensumstände mitverursachen, da sich diese Passivität, ja das Ausgeliefertsein, durch alle Lebensbereiche zieht.

Die Erhöhung der Zufriedenheit des Humankapitals, was eine Erhöhung der Leistungsbereitschaft nach sich zöge, sollte in den **Arbeitsstätten** Priorität haben. Nicht zuletzt wegen der Vorteile für die Betriebe selbst, die mit geringeren

Fehlzeiten und größerer Produktivität zufriedener Mitarbeiter rechnen können (Pfaff & Slesina, 2002; Lenhardt, 2003).

Lenhard und Rosenbrock nennen als Mittel zur Erreichung dieses Ziels: Mitbestimmung, flache Hierarchien, „Vorschlagsbörsen“, ansprechendere Gestaltung des Umfeldes, familienfreundlichere Arbeitszeitmodelle und vor allem **Transparenz der Strukturen** (auch der Entlohnungen), obwohl letztere noch selten in der Praxis anzutreffen sind (Lenhard & Rosenbrock, 2004).

Um ein solches Konzept in den Arbeitsstätten zu fördern, wäre ein Belohnungssystem denkbar. So wie es heute für Produkte ein erheblicher Vorteil ist, ein Bio-Siegel oder ein Zertifikat zu haben, so muss eine solche Zertifizierung in Form eines **anerkannten „Gesundheitsgütesiegels“** für Waren und Dienstleistungen entstehen, die gesundheitsfördernd produziert bzw. angeboten werden. **Öffentliche Aufträge** könnten dann auch nur noch an diese Anbieter mit Zertifikat gehen⁸⁷.

Die Ersparnis an Gesundheitskosten für die Behandlung der durch die Arbeitssituation krank gewordener Menschen kann in Förderungsprogramme, **Zuschüsse** oder in **steuerliche Erleichterung** fließen, um zumindest in der Anfangszeit diese Konzepte populär und erstrebenswert zu machen.

Am Ende der Konzeptbetrachtung bleibt noch einer Frage nachzugehen. Warum tut sich gerade das deutsche System schwerer, im Zuge neuer Anforderungen einen Paradigmenwechsel zu vollziehen? Die meisten der Argumente und der bescheinigten Vorteile sind bekannt und auch schon in verschiedenen Konstellationen diskutiert worden. Trotzdem bleibt es, nicht nur unter dem Aspekt der sozialen bzw. gesundheitlichen Förderung sozial Benachteiligter innerhalb der Tabakpräventionspolitik, beim Alten. Kostengünstiger sind die dabei favorisierten Lösungen keinesfalls und schon gar nicht effektiv, dennoch scheint das System sie zu bevorzugen.

⁸⁷ Auf diese Weise konnten auch schon Baufirmen gefördert werden, die Mindestlöhne an ihre Mitarbeiter zahlen, um jene vom Markt zu drängen, die ihre Mitarbeiter ausbeuten.

4.4 Föderalismus und die gesundheitliche Förderung sozial Benachteiligter

Als Querschnittsaufgabe wirft die Reduzierung sozialer Benachteiligung eine weitere Grundsatzfrage in unserem System auf, die ihrer Umsetzung erheblichen Widerstand entgegenbringt.

Der **Föderalismus** in Deutschland, der Ressorts und Kompetenzen zur Regelung in verschiedene politische Ebenen und Teilbereiche aufteilt, behindert ein erforderliches ressortsübergreifendes und koordiniertes Vorgehen.

Das heißt, im Lichte welcher **Verfassungsprinzipien** zum Wohle der Gemeinschaft muss das föderalistische Prinzip ausgelegt werden? Föderalismus dient schließlich keinem Selbstzweck, sondern er soll helfen, im Gegensatz zu einer Zentralregierung politische Macht zu begrenzen und auf mehrere gleichberechtigte Träger zu übertragen (BVerfGE 55, 274/318f).

Eine eigentlich gut gemeinte Sache, die vor zentralistischer Bevormundung bewahren soll, entpuppt sich bei wichtigen Gesamtgesellschaftsaufgaben, die über Ressortgrenzen hinweg bewältigt werden müssen, öfter als Hemmschuh durch widerstreitende politische Interessen. Oft geht es dabei mehr um die Rüge, einer verletzten Kompetenz durch eine Norm, die ein anderer geschaffen hat, als um den Inhalt der Regelung selbst.

Ein weiteres Thema des Föderalismus ist die Finanzierung, um die zwischen Bund und Ländern gestritten wird.

Die Neustrukturierung der sozialen Gemeinschaft zur „gerechteren“, sozial gesünderen Gesellschaft für alle sollte nicht vor der **Diskussion von Verfassungsänderungen** Halt machen. Die Verfassungsordnung muss sich auch neuen gesellschaftlichen Anforderungen anpassen, um zukunftsfähig zu bleiben.

Allerdings wird es zumeist ausreichen, die entsprechenden Regelungen unter anderen Aspekten neu auszulegen. Ein völliges Umgestalten des Grundgesetzes zu Lasten des Föderalismus wäre weder mit einer politischen Mehrheit versehen, noch überhaupt vertretbar. Zumal das **Bundesstaatsprinzip** des Artikel 20 GG nach Artikel 79 III GG in seinen Grundsätzen von einer Änderung ausgenommen ist. Seine konkrete Ausgestaltung kann allerdings geändert werden, so dass der gegenwärtige Umfang der Beteiligung der Länder sehr wohl begrenzt wäre (Vismann, 2002: AK zu Art. 79 Rz. 52; Bryde, 2003: MüKo zu Art. 79, Rz. 32). Die Mitwirkung der Länder kann

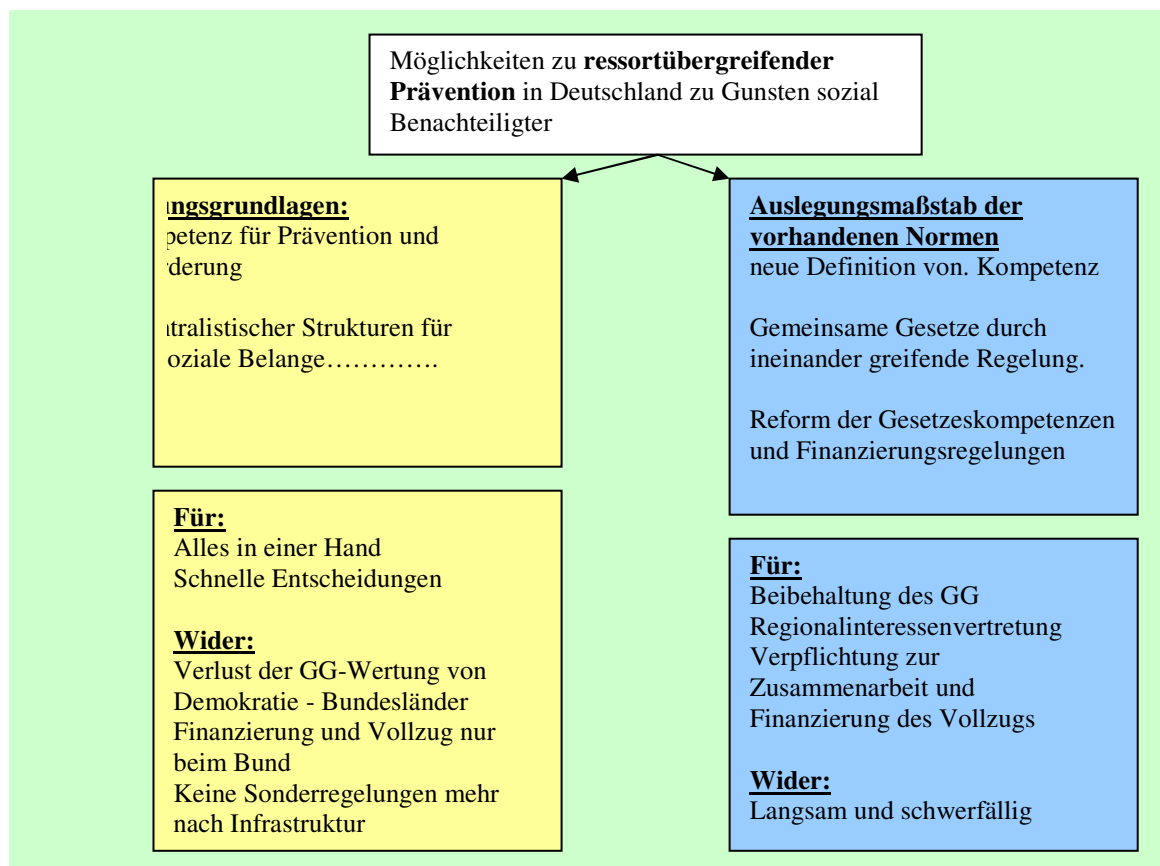
in Ausnahmefällen sogar ausgeschlossen werden (Dreier, 2000: DR zu Art. 20; Pieroth, 2006: zu Art. 79).

Eine Auslegung der vorhandenen Normen und anderen Gesichtspunkten der Zusammenarbeit sowie der Finanzierung ist immer zulässig.

In einem Schaubild möchte ich die verschiedenen Möglichkeiten vorstellen. Neue Verfassungsnormen führten zwar unter Umständen schneller zu Entscheidungen, allerdings bleibt fraglich, ob allein zentral gefällte Entscheidungen die besseren wären. Schließlich unterscheiden sich die Lebensumstände in Deutschland erheblich als zentral erkennbar wäre. Eine eigens eingeführte **Norm der Gesundheitsförderung** durch Schaffung sozial gleicher Lebensbedingungen brächte auch wenig Erfolg, weil ihr Vollzug und die Finanzierung damit eben noch nicht abgeklärt wären.

Im Übrigen erfasste diese Gesundheitsförderung so viele Ressorts, dass praktisch alle Kompetenzen bei nur einer Körperschaft lägen würde. Dies ist nach dem GG nicht gewollt und auch grundsätzlich bedenklich.

(Schaubild 38: Möglichkeiten der grundgesetzlichen Verankerung von ressortübergreifender Prävention)



Es existieren graduelle Unterschiede zwischen einem **Zentralismus**, den man z. B. in Frankreich verankert hat, und einen Föderalismus, der in der Ordnung des Grundgesetzes festgelegt wurde.

Aber Bund und Länder sind keine nebeneinander wirkenden Körperschaften (Pieroth, 2006: zu Art. 30) Durch Normen des Grundgesetzes sind sie nach Art. 30, Art. 70ff GG **zur Zusammenarbeit verpflichtet**.

Am wichtigsten erscheint hier aber der in dieser Bearbeitung angenommene Auftrag an den deutschen Staat auf effektiven Schutz der Grundrechte sozial Benachteiligter. Diese Grundrechte auf effektiven Schutz der Gesundheit nach Artikel 2 II GG und auf Gleichbehandlung in der Präventionspolitik durch Ungleichbehandlung nach Artikel 3 I GG binden alle staatliche Gewalt (Artikel 1 III GG). Und da die Bundesländer auch zu dieser staatlichen Gewalt zählen, sind auch sie an diese Grundrechtsansprüche des GG direkt gebunden (BVerfGE 97, 298/313f; 103, 332/347). Das Grundgesetz stellt einen **Mindeststandard** dar, den die Bundesländer zwar erweitern, nicht aber beschränken dürfen (Maunz, 1990: HbStR IV, 443; Kersten, 1993: 896)

Wegen des **Homogenitätsprinzips** des Art. 28 I GG in Verbindung mit Art. 1 III GG, der die unmittelbare Rechtsbindung aller staatlichen Gewalt an die Grundrechte normiert, trifft der grundgesetzliche Auftrag durch Einbezug der sozialen Ungleichheit in die Präventionsbemühungen Bund und Länder gleichermaßen. Dieser Auftrag aus den Grundrechten ist das Ziel, dem sich die Körperschaften durch koordinierte Wahrnehmung ihrer Kompetenzen unterzuordnen haben.

Wie im Rahmen der Darstellung der Präventionspolitik in Deutschland mit ihrer Fragmentierung der Akteure und Kompetenzen erörtert, lässt sich aus dem Auftrag der Grundrechte eine **grundsätzliche Kooperationspflicht der staatlichen Gewalt** ableiten, ihre hoheitlichen Kompetenzen in den Dienst dieses übergeordneten Zieles zu stellen. Föderalismus darf nicht dazu dienen, Interessen einer Gebietskörperschaft, und sei es nur das Beharren auf der eigenen Kompetenz, durchzusetzen.⁸⁸ Dies verbietet die grundsätzliche Kooperationspflicht zwischen Bund und Ländern, die durch gemeinsame Verfassungsrechtsordnung näher aneinander gebunden werden (BVerfGE 8, 122/140).

⁸⁸ Kompetenz beinhaltet nicht die Pflicht, eine Regelung zu treffen, sondern behält nur die Regelung vor. Ein anderer, der sich in seinen Interessen beeinträchtigt sieht, hat keinen Anspruch auf die Regelung und darf sie nicht erlassen. Siehe Junior – Professur, die vom Bundesverfassungsgericht ohne Prüfung, ob Regelung sinnvoll ist, allein wegen Kompetenzverstoß auf Antrag einiger Bundesländer kassiert wurde.

Tatsächlich sind das Schaffen von Chancengleichheit und der Schutz der Grundrechte auch für sozial Benachteiligte Staatsziele. Einerseits durch das Sozialstaatsprinzip, das als Grundsatz für die Entwicklung der staatlichen Aktivität dient und andererseits durch die direkte Bindung an die Grundrechte als unmittelbar geltendes Recht, das zwingend bei allen staatlichen Aktivitäten zu beachten ist.⁸⁹

Eben diese **Gesetzeskraft der Grundrechte** nach Artikel 1 III GG führt zu einer verfassungsgegebenen Kooperationsverpflichtung von Bund und Ländern mit den verliehenen Kompetenzen in allen Ressorts diesen Auftrag zu realisieren.

Einer ausdrücklichen **Formulierung eines Staatsziels** auf Gesundheitsförderung oder Prävention bedarf es aus rechtlicher Sicht unter dieser Lesart der hier vertretenen Ansicht zu den Grundrechtsansprüchen sozial Benachteiligter gegen den gesamten Staat (Bund und Länder) nicht. Diese Verpflichtung, sich zu Gunsten der sozial Benachteiligten zu engagieren und ihnen gleiche Gesundheits- und Lebenschancen einzuräumen existiert bereits für alle Gebietskörperschaften in Deutschland.

Dennoch ist die Kooperation schwer, um diesen Auftrag aus den Grundrechten zu Gunsten der sozial Benachteiligten zu erfüllen.

Ein Beispiel stammt aus der Bildungspolitik.

Hier vor allem läge einer der Schlüssel zur Chancengleichheit und damit zur gesundheitlichen Gleichstellung sozial Benachteiligter in Deutschland. Bildung als Schlüsselqualifikation unterliegt der Landeshoheit. Wenngleich alle an den Grundrechtsauftrag der Schaffung der Chancengleichheit unmittelbar gebunden sind, kommt es doch immer wieder zu sozialen Verwerfungen. In keinem vergleichbaren Land hängen die Bildungschancen so sehr von der sozialen Herkunft ab (Geißler, 2006).

Die Ressorthoheit der einzelnen politischen Bereiche steht der Bildungsgleichheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Wege, wenn es darum geht, andere Bereiche der Politik in die Querschnittsaufgabe einzubinden.

Der **Föderalismus sichert die Mitbestimmung** nachgeordneter Gemeinschaften. Allerdings müssen die übergeordneten Interessen aller, wie die Chancengleichheit der Menschen, **Auslegungsmaßstab** sein, damit er nicht zur Bremse für notwendige neue Entwicklungen im Zuge der internationalen Eingliederung wird.

⁸⁹ Anders in der Weimarer Verfassung. Grundrechte waren als Programmsätze nur Empfehlung, die keine bindende Gesetzeskraft hatte. Sie konnten berücksichtigt werden, mussten es aber nicht.

Auf der anderen Seite kann Umstrukturierung des Föderalismus auch zugunsten der sozialen Gemeinschaft **Stärkung der nachgeordneten sozialen Settings** zur Förderung der Identifikation des Einzelnen mit Problemen der Sozialgemeinschaft bedeuten. Der Föderalismus kann daher zu einer Bewusstseinsprägung beitragen, wie sie im Konzept in den Phasen 1 und 2 beschrieben wurde.

Es bleibt festzuhalten:

Nicht der Föderalismus selbst ist das Problem zur Durchsetzung der Grundrechtsansprüche sozial Benachteiligter auf gleichen Gesundheitsschutz und gleiche Partizipation an der Tabakprävention, sondern die Art seiner Handhabung.

Im Gegenteil:

Durch Verantwortungsübertragung an nachgeordnete Settings gelingen Identifikation und eine Abstufung auf die örtlichen Gegebenheiten, die bei einer Regelung von zentraler Stelle nicht gegeben wären.

Die Kompetenzverteilung in der Gesellschaft könnte zum Beispiel nach einem Kompetenzverteilungsschlüssel erfolgen, der sich vornehmlich nach dem Regelungsschwerpunkt orientiert.

Warum sollte es z.B. keine **Kooperationskompetenzen** zwischen Bund und Länder geben, die in einem gemeinsamen Gremium behandelt werden müssen, weil es sich um eine Gemeinschaftsaufgabe handelt. Dies würde schon institutionell klarstellen, dass beide, Bund und Land, unmittelbar an die Grundrechte und damit an die Ansprüche der sozial Benachteiligten gebunden sind, die sie im Zusammenspiel mit ihren Kompetenzen und Ressorts gemeinsam zu realisieren haben.

Angelegenheiten, die die **Interessen der ganzen Nation** betreffen (Bildungsnotstand, soziale und gesellschaftliche Instabilität usw.), könnten vom Grundgesetz einer „**Bundesversammlung**“ als **eigene Kooperationskompetenz** zugewiesen werden⁹⁰, um die Beschleunigung durch Koordination des weiteren Vorgehens zu betreiben. Etwas Ähnliches gibt es bereits zur Koordinierung der Prävention als Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (Forum Prävention 2002).

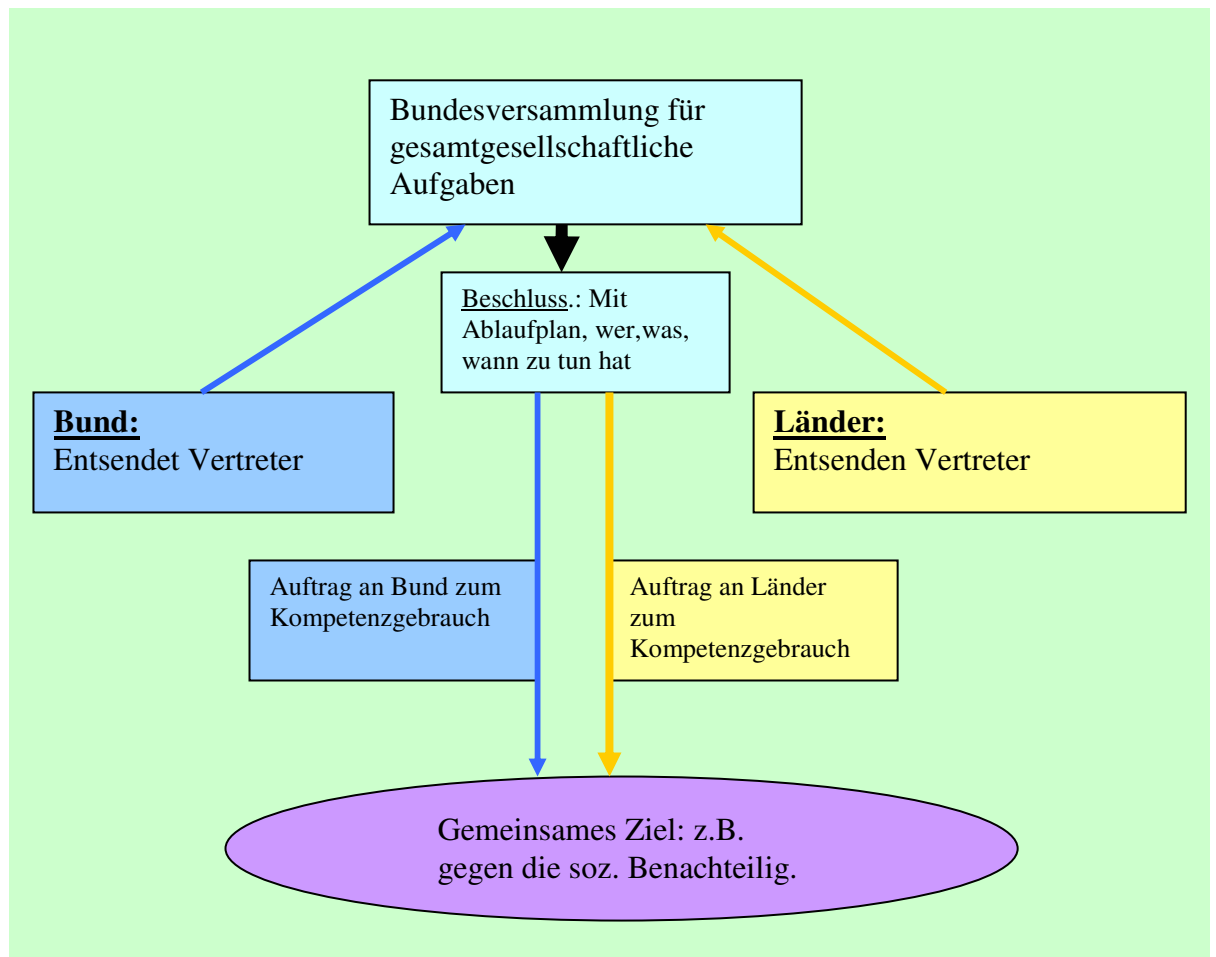
Ein **Präventionsgesetz** ist ebenfalls in Planung (Mosebach, Schwartz & Walter, 2004).

⁹⁰Die Bundespräsidentenwahl als Vorbild einer nationalen Aufgabe, die weder dem Bund noch den Ländern allein obliegt, könnte als Vorbild dienen.

Graphisch wird ein Vorschlag zu einer solchen Koordinierungsversammlung für die Kompetenzen und Ressorts von Bund und Länder nachfolgend dargestellt.

Anders als das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung setzt sich das Gremium unter dem grundrechtlichen ressortübergreifenden Auftrag aus Vertretern des Bundes sowie der Länder zusammen. Es ist keine Institution, die einem bestimmten Ministerium angesiedelt ist. Sie erlässt einen **Veranlassungsplan für die Gesetzgeber**, Maßnahmen für die Erreichung des gesamtgesellschaftlichen Ziels zu erlassen. Entfernt vergleichbar mit der Kultusministerkonferenz für die Länder, der Konzertierung des Vorgehens gegen Drogensucht oder der Bundesversammlung für die Wahl des Bundespräsidenten.

(Schaubild 39: Nationale Aufgabe der sozialen Gesundheitsförderung am Beispiel des Verfahrens für die Bundespräsidentenwahl)



Diese Bundesversammlung könnte aus Vertretern des Bundesrates und des Bundestages als demokratische Legitimationsträger bestehen.

Die Beschlüsse sollten, zumindest rechtlich verbindlichen Charakter für die Parlamente haben, und bestimmten dann, wer, was, wann zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels, hier die gesundheitliche Gleichstellung der sozial Benachteiligten durch Reduzierung der sozialen Gesundheitsrisiken, in welchem Ressort zu veranlassen hat.

Ein so verstandener Föderalismus, der im gemeinsamen Plan die gemeinsam gestellten Aufgaben aus dem GG als **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** betrachtet und angeht, ist sinnvoll. Nicht zuletzt wegen der demokratischen Vorteile im Vergleich zum Zentralismus reicht ein bloßes **Umdenken von der Kompetenzbeharrung** zur gemeinsamen grundgesetzlichen Aufgabenstellung als Veränderung des Föderalismus aus. Und eine verbindliche Koordinierung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben würde die Entscheidungsumsetzung trotz Ressort- und Kompetenzaufteilung beschleunigen helfen.

4.5 Zusammenfassung zum Konzeptvorschlag

Das dargestellte Konzept versucht die höhere Raucherprävalenz unter den sozial benachteiligten Personen mittelbar zu senken, in dem die sozialen Auslöser des Tabakkonsums reduziert werden.

Der direkte Weg über den Ansatz am individuellen Verhalten des einzelnen Rauchers, der zurzeit noch in Deutschland vorzugsweise beschritten wird, ist nicht effektiv genug. Selbst wenn durch die verhaltenspräventiven Maßnahmen der Wille zum Nichtrauchen erzeugt wird, verhindern die nach wie vor aktiven Umstände des sozialen Milieus, die das Rauchen als alltägliches Verhalten fördern, die **dauerhafte Hinwendung zum Nichtrauchen**. Wenn überhaupt sprechen die Konzepte der Tabakpräventionspolitik eher Menschen an, die nicht rauchen, als rauchende Personen.

Der größte Teil der positiven Effekte wird durch diesen Kausalzusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Gesundheitsverhalten aufgezehrt, bevor sie eine Willensumkehr hin zum Nichtrauchen bewirken können.

Deshalb bleiben die wichtigen **Prägephasen der Kinder- und Jugendzeit** in diesen Milieus, die für das lebenslange Rauchen besonders verantwortlich sind, wenn sie vom Rauchen durch elterliches Vorbild und Zugang zu Tabakwaren geprägt werden.

Dies führt dann mit hoher Wahrscheinlichkeit zu lebenslangen Raucherkarrieren und zu einer Weitergabe an die nachfolgende Generation.

So zeigte z.B. die Kriegsgeneration, die durch Mangel in eben diesen Prägephasen, Zigarettenrauchen wesentlich geringer in ihre alltäglichen Verhaltensweisen einbaute als nachfolgende Wirtschaftswunderjahrgänge, eine geringere Prävalenz bei den erwachsenen Rauchern. Allein der geringere Zugang zu Zigaretten bewirkte diesen Effekt. Deshalb ist es nach wie vor unverständlich, dass nach §10 Jugendschutzgesetz die Abgabe von Tabakwaren an unter 18jährige Personen untersagt ist, Zigarettenautomaten aber weiterhin aufgehängt werden dürfen. Der Preis einer Schachtel ist außerdem immer noch so gering, dass man von einer Allverfügbarkeit sprechen kann.

Um diese Zustände abzuändern, d.h. sich aus den Sachzwängen zu befreien, die effektive Antiraucherprogramme behindern, bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen Konzeptes, dass sich in vier Phasen der Problematik der sozial Benachteiligten und ihrem Tabakkonsum mittelbar über die Neutralisierung der sozialen Verursachungszusammenhänge zwischen Milieu und Gesundheitsverhalten nähert.

Wie beschrieben, ist der erste Schritt die **Förderung einer sozialen Bewusstseinslage**, die die politischen Entscheidungsträger zum Handeln bewegt, gegen die soziale Benachteiligung und ihre Auswirkungen einzuschreiten. Und dieses Bewusstsein könnte dann auch bewirken, den **Föderalismus als Instrument** der gesamtgesellschaftlichen Kooperation zur Erfüllung der grundgesetzlich garantierten Ansprüche dieser sozial benachteiligten Personen zu betrachten. Schließlich binden die Grundrechte der Raucher auf gleichen Schutz vor den Gefahren des Rauchens Bund und Länder gleichermaßen als unmittelbar geltendes Recht.

Die Kompetenzen sind als Teil einer ressortübergreifenden Kooperation zur Erfüllung dieser Grundgesetzaufträge zu verstehen und nicht nur als Exklusivklauseln, andere von der Normgebung auf diesem Gebiet auszuschließen. Mit dieser zu schaffenden Willensgrundlage sollten auch die oft diskutierten Finanzierungsfragen als Kooperativ gelöst werden können.

Dazu wurde nach Vorbild der Bundespräsidentenwahl eine Art **Bundesversammlung zur Koordination** der Beteiligung von Bund und Ländern vorgeschlagen, weil es sich um Gesamtgesellschaftsaufgaben handelt, die von allen mit ihre Kompetenz überhaupt gelöst werden sollen.

Heute gibt es bereits eine koordinierende Stelle, die als Weiterentwicklung eines „grünen Tisches“ bei Bundesministerium angesiedelt ist. Sie hat aber keine anweisenden Kompetenzen.

Ein Plädoyer für einen Zentralismus möchte ich nicht halten.

Eingedenk, dass Normen und Regeln von der Akzeptanz leben, und diese wiederum lebt davon, dass die Menschen in verschiedenen Settings sich darin wieder finden. Dafür ist die **Kooperation von selbstverwalteten Körperschaften**, die die spezifischen Belange besser berücksichtigen können, hilfreicher als ein Gremium, das zentral und generalisiert Normen setzt, die die tatsächlichen Lebensumstände der Menschen in verschiedenen Gegenden nicht ablichten. Zwar mögen die Prozesse schneller ablaufen, da keine gegenteiligen Ansichten und Besonderheiten zwingend zu hören sind, aber eine Abstufung der allgemeine Grundsätze durch konkrete, den lokalen Interessen entsprechende, Verfeinerungen trägt mehr zur Akzeptanz durch Identifikation bei. Außerdem gestaltet sich ein Abschaffen des Föderalismus, der deutscher Verfassungstradition schwierig, da dieses Prinzip durch Artikel 79 GG als grundlegender Verfassungsgrundsatz unter Abänderungsschutz steht.

Deshalb sollte die Kooperationsverpflichtung der Länder mit dem Bund unter dem Aspekt des **gemeinsamen verbindlichen Auftrags aus den Grundrechten** zu Gunsten der sozial Benachteiligten neu definiert werden.

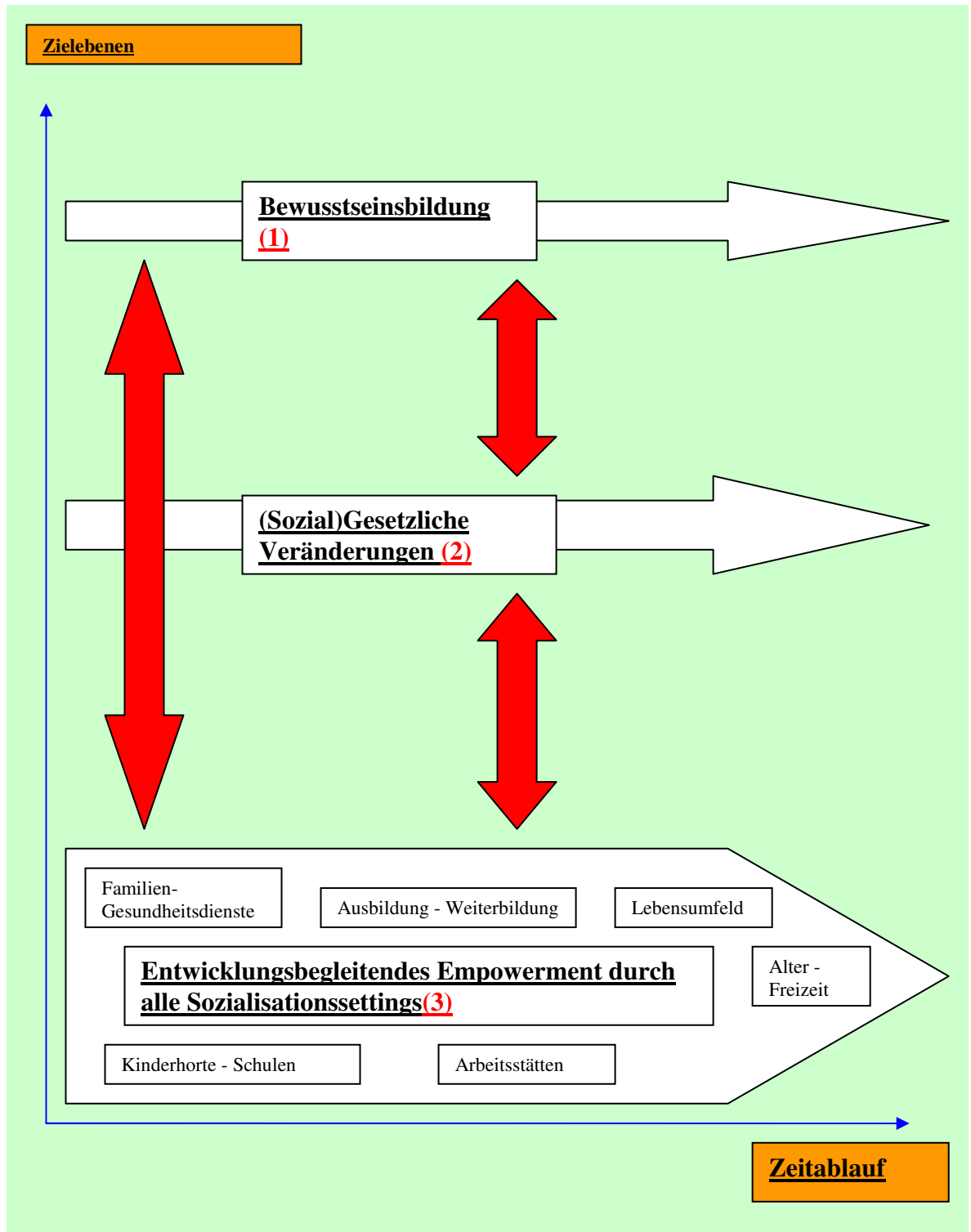
Aber es gibt noch andere Hindernisse dem Weg der Berücksichtigung der sozialen Benachteiligung als Gesundheitsfaktor. Einerseits verfügt die an sich große Zahl der Menschen, die aus sozial benachteiligten Milieus stammen, über eine vergleichsweise geringe politische Lobby zur Durchsetzung ihrer Interessen. Und andererseits, selbst mit einer entsprechenden Lobby wäre der Weg zur Verwirklichung der grundrechtlichen Ansprüche auf gesundheitlichen Schutz langwierig.

Leider geht es bei der Wahrnehmung der Kompetenzen zum Entscheid oft um politisches und nicht um pragmatisches Kalkül. Auch hierin zeigt sich die Wichtigkeit des Konzeptbeginns bei der Willensbildung zu Gunsten der Verwirklichung der Grundrechte der sozial Benachteiligten. Soziale Fragen müssen erst auf die gleiche Stufe wie Wirtschaftsfragen auf der politischen Agenda stehen, um das politische Kalkül in den Entscheidungsinstanzen zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Erst wenn das politische Überleben der nächsten Wahl von der

Handhabung der sozialen Fragen abhängt, werden die Entscheidungen in den politischen Instanzen vom Pragmatismus geleitet.

Die Aktionsebenen des Konzeptes, die nicht punktuell, sondern über einen Zeitraum ablaufen, sind schematisch in einem Schaubild nochmals zusammengetragen.

(Schaubild 40: Wechselwirkung des Konzeptvorschlages im Zeitablauf)



Die **roten Pfeile** im abschließenden Schaubild verdeutlichen die gegenseitige Einflussnahme der verschiedenen Ebenen der verschiedenen Phasen über Bewusstseinsbildung (1) und sozialgesetzliche Vollzugsphase (2) bis hin zu den konkreten Maßnahmen nicht nur in den sozial benachteiligten Milieus in der Umsetzungsphase (3).

Die Bewusstseinsbildung muss sowohl das entwicklungsbegleitende Empowerment als auch die Gestaltung der Gesetzesgrundlagen für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Gesellschaft umfassen. Der weitere Vollzug der Umgestaltung beeinflusst seinerseits die Bewusstseinsbildung und das entwicklungsbegleitende Empowerment, so dass es zwischen diesen drei Zielsetzungen (Bewusstseinsbildung, rechtliche Umgestaltung, entwicklungsbegleitendes Empowerment) über die Zeit der Entwicklung in der Gesellschaft als auch in der Entwicklung des einzelnen Individuums zu **mannigfaltigen Wechselwirkungen** kommt.

Am Ende entsteht eine Transmission zwischen dem Empowerment auf der Mikroebene in den Milieus und dem Fortführen der Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft. Die sozial sensible Gesetzeslage schafft dabei nicht nur objektive Entlastung von benachteiligten Lebensumständen. Sie formt auch das Bewusstsein der Menschen und nimmt Einfluss auf das Empowerment, das ein Mensch im Laufe seiner Entwicklung durch die Gesellschaft erfährt.

Die gewünschten Effekte stellen sich aber erst nach Jahren ein, insofern unterscheidet sich der Konzeptentwurf (leider) nicht von allen anderen Konzeptvorschlägen.

Dieser Umstand macht es schwierig, einen neuen politischen Willen zur grundrechtlichen Gleichstellung der sozial Benachteiligten zu initiieren. Aber was beim Umweltschutz funktionierte, kann auch bei der Bekämpfung der sozialen Benachteiligung als gesundheitliches Risiko eintreten. Zumal im Wege der Migration soziale Fragen immer dringlicher werden, will man ein weiteres Ansteigen der sozialen benachteiligten Personen in Deutschland mit den Konsequenzen für die Menschen und die Gemeinschaft verhindern.

Eine Verpflichtung zur Chancengleichheit auch in gesundheitlicher Sicht durch effektiven Schutz vor den Gefahren des Rauchens und ein Anspruch auf effektive Prävention durch sozialsensible Maßnahmen bestehen bereits nach der hier vertretenen Auslegung der Grundrechte als verbindliches Recht.

Allerdings stehen der gezielten Förderung des Nichtrauchens in den sozial benachteiligten Milieus viele Hindernisse entgegen. In Anbetracht des Paradigmenwechsel von risikozentriertes Ansetzen bei der Eigenverantwortung zur gesellschaftlichen Verantwortung mit positiver Förderung wird ein Umdenken sich, trotz der WHO –Charta, im medizinisch – therapeutisch orientierten Deutschland auch **mittelfristig** nicht durchsetzen lassen.

Schlussbetrachtung und Ausblick

Die rechtlichen Strategien aus dem GG zum Förderungsanspruch der sozial Benachteiligten unter den Rauchern zielen zwar auf eine effektive **Abwehr gegen die Gefahren des Rauchens** ab. Aber mit dem verhaltensbezogenen Ansatz, das Rauchen an sich zurückzudrängen, ist dieser Anspruch kaum zu erfüllen.

Wie sich in der Herleitung eines Anspruches der sozial Benachteiligten auf effektiven Schutz vor den Gefahren des Rauchens erwies, ist diese **soziale Verursachungskomponente** ausschlaggebend für die Beurteilung, ob ein Anspruch auf gleichen Gesundheitsschutz vorliegt oder die vorhandenen Maßnahmen diesen Anspruch bereits abdecken. Also, dass das GG die verhaltensbezogene Prävention als Erfüllung der grundrechtlichen Rechte der sozial Benachteiligten abdeckt, oder sich je nach Lesart auch weitergehenden Ansprüche begründen lassen.

Die soziale Benachteiligung als Auslöser, zumindest als Verstärker, der Entscheidung zu rauchen und Raucher zu bleiben, wurde in den ersten Kapiteln beleuchtet. Die soziale Lage bringt in der Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen Kompetenzen hervor. Diese sind bei schlechter sozialer Lage passiv und gesundheitsschädigender als in anderen Settings. Die Kompetenzen, die den Lebensumständen angepasst entwickelt werden, führen zu gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, die helfen, die Lebenssituation zu bewältigen. „**Gesundheitsverkauf**“ ist für diese Personen eine Bewältigungsstrategie, die in ihrem Alltag eine Funktion ausfüllt.

Damit wurde deutlich, dass bei gleich bleibender (sozialer) Lebenslage, die diese Verhaltensweisen fördert. Eine davon ist das Rauchen. Ein Entschluss zu Nichtrauchen gegen diese Verursachungskomponenten ist kaum dauerhaft aufrecht zu erhalten. Dies zeigen die Ergebnisse der Tabakprävention, die allein am Verhalten des Rauchers und damit bei der Willensformung ansetzen will.

Rauchen weist eine erhebliche soziale Polarisierung auf. Diese nach wie vor größere Betroffenheit von den Gefahren des Rauchens dürfte es nicht geben, wenn allein der Wille, der von den Maßnahmen für alle gleich angesprochen wird, ausschlaggebend wäre. Eben diese größere Gefährdung der nicht partizipierenden Personen für ihre Gesundheit stellt die Basis für die Überprüfung der Normen aus dem Bürger – Staat –Verhältnis nach dem GG dar.

Schließlich bewahrt der Staat, ob nun durch seine Präventionsbemühungen oder bessere soziale Lebensbedingungen, Personen anderer Milieus effektiv vor den Gefahren des Rauchens. Es stellte sich die Frage, ob der Staat nicht alle Menschen gleichermaßen vor Gefahren schützen müsste, und benachteiligte Milieus im Sinne der Chancengleichheit in der Nichtraucherförderung den anderen Milieus gleichstellen muss?

Ein **direktes Vorgehen gegen die soziale Benachteiligung** als Ursache des Rauchentscheides aus dem Sozialstaatsprinzip konnte aber nicht angenommen werden. Das Sozialstaatsprinzip lässt soziale Ungleichheiten zu. Eine Gesellschaft ohne Ungleichheiten ist weder vom GG gewollt, noch erscheint eine solche totale Gleichheit realisierbar. Zu schaffen wäre aber Chancengleichheit durch den Staat. Insofern ergänzt das Sozialstaatsprinzip die Auslegung der Grundrechte. Diese sind in ihrem objektiv- rechtlichen Aspekt Schutzansprüche gegen den Staat und können verpflichten, gegen die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit vorzugehen.

Als **Anspruch auf den gleichen Gesundheitsschutz** im Vergleich mit Personen, die von den staatlichen Präventionsbemühungen profitieren und zu Nichtraucher werden, wurde eine Schutzpflicht aus Artikel 2 II GG durch Auslegung untersucht. Dabei ging es nicht um eine Korrektur einer falschen Auslegung der Artikels, die bislang angenommen worden sei. Vielmehr sollte die Auslegungsspanne hin zu einem Schutzanspruch der sozial Benachteiligten geprüft werden, der den Gesundheitsschutz vor den Gefahren des Rauchens bei sozial Benachteiligten begründen sollte.

Nach Bejahung einer Auslegung des Artikels 2 II GG zu Gunsten eines Schutzanspruches der sozial Benachteiligten auf effektiven Schutz gegen die Gefahren des Rauchens, musste die Besonderheit der Selbstschädigung der Raucher durch eigenes Verhalten rechtlich eingeordnet werden.

Zwar kann der Staat auch gegen den Willen des Betroffenen vor selbst gesetzten Gefahren schützen, so zeigt der Erlass der Helm- und Gurtpflicht. Dennoch wurde die Möglichkeit eines **Grundrechtsverzichtes** durch den Entschluss zu rauchen durch die sozial Benachteiligten in Erwägung gezogen. Dabei wurde zwischen bloßer Förderung des Rauchens und Verursachung durch die sozialen Umstände unterschieden. Durch bewusstes Aussetzen in sozialer Benachteiligung durch den Staat nimmt er die daraus sich entwickelnden gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen billigend in Kauf. Die Verhaltensalternativen werden so durch

willentliches Aussetzen in der Verursachung durch die soziale Lage auch **ein gewolltes Hervorrufen der Verhaltensweisen**. Wenn der Staat das eine will, hier die sozialen Unterschiede, so will er auch die damit verbundenen Folgen von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen. Aus der willentlichen Aussetzung der Betroffenen der prekären Lebensumstände ergibt sich nach meiner Meinung dann auch nach dem Verursacherprinzip die Verpflichtung des Staates, gegen die so hervorgerufenen Verhaltensweisen intervenieren.

Unter Anwendung des Sozialstaatsprinzips wurde diese konkrete Verpflichtung des Staates, etwas in Anbetracht der Verursachung des Rauchentschlusses durch herbeigeführte soziale Unterschiede zu veranlassen.

Und damit ergibt sich meines Erachtens die Pflicht des Staates, durch **Minderung der sozialen Ursachen** der Entscheidung zu rauchen der größeren Gesundheitsgefahr für die Betroffenen effektiv zu begegnen. Und effektiv kann bei Verursachung der willentlichen Hinwendung durch soziale Umstände nicht allein das Abstellen auf die Willensformung sein, wenn die sozialen Umstände trotz Willensumkehr immer noch wirksam zum Rauchen ziehen.

Aus Artikel 3 I GG, dem Gleichbehandlung, wurde ein weiterer Aspekt der sozialen Benachteiligung und der Grundrechte betrachtet.

Wenn die sozial Benachteiligten nicht an der staatlich geförderten Nichtraucherförderung partizipieren, haben sie einen Anspruch auf **Gleichstellung in der Effektivität der Nichtraucherförderung**.

Hier wurde der Begriff des Rauchers, der der Ansatzpunkt für die Annahme einer Ungleichbehandlung näher definiert. Nach Abwägung, vor allem der sozialen Komponente der Rauchentscheidung, erschien es nicht sachgerecht, von gleichen Rauchern auszugehen. Die Raucher aus sozial benachteiligten Milieus tragen eine größere Gefährdung zum lebenslangen Rauchen und die Funktion des Rauchens im täglichen Leben ist durch soziale Verursachung eine andere als bei Rauchern in anderen Milieus. Bei letzteren überwiegt, wie die Erfolge der Tabakprävention mit verhaltenspräventiven Maßnahmen zeigt, die willentliche Zuwendung durch Vorhandensein von gesundheitsschützenden Kompetenzen.

Aus diesem Gleichstellungsrecht der sozial Benachteiligten ergibt sich dann auch ein Einbeziehen von sozialen Ursachen in die Präventionsbemühungen. Der Anspruch aus Artikel 3 GG gibt zwar kein Recht auf erstmaliges Tätigwerden zur **Herstellung der gleichen Rechtsbetroffenheit**, aber die Berücksichtigung der sozialen Ursachen

in der Tabakprävention wäre kein neuer Regelungstatbestand, sondern nur eine Ergänzung der bereits angefangenen Bemühungen des Staates zur Nichtraucherförderung.

Die Annahme, andere Rechte könnten diesen Ansprüchen der sozial Benachteiligten entgegenstehen, führte zur **Überprüfung konkurrierender Verfassungsrechte**.

Aber weder die Rechte der in der Tabakindustrie Beschäftigten, der Raucher selbst noch Rechte der Eltern stehen dem Vollziehen der staatlichen Schutzansprüche der sozial Benachteiligten entgegen.

Die **soziale Benachteiligung als gesellschaftliches Problem**, die das Rauchverhalten der von ihr Betroffenen verursacht, kann nur durch gesellschaftliche Anstrengungen angegangen werden.

Nach dem auch von Deutschland unterstützten WHO – Ansatz umfasst die Gesundheit soziale Aspekte und zur deren Erhaltung müssten soziale Settings gesundheitsfördernd umstrukturiert werden. Erst dann käme es wegen des Zusammenhangs zwischen sozialer Lebenssituation und Lebenskompetenzen zu wirksamen Verhaltensweisen zur Gesunderhaltung.

In einer Demokratie begänne ein **Paradigmenwechsel** von der politisch unverfänglichen Gesundheitserziehung **zur gesellschaftlichen Verantwortung** mit einer Änderung in der Willensbasis. Deshalb begann der Vorschlag des vollziehenden Konzeptes mit der Bewusstseinsprägung, nach dem der konkrete Auftrag durch die Grundrechtsauslegung auf positive Förderung der sozial Benachteiligten festgelegt wurde.

Eine Bewusstseinsprägung wäre unbedingt, um eine Umordinierung in den politischen Gremien herbeizuführen, die **Gesellschaftsstrukturen auf positive Förderung umzustellen**.

Als Beispiel habe ich die Orientierung zum Umweltschutz angeführt, bei dem ein politisches Umdenken auch erst nach einer Phase der Bewusstseinsprägung der Menschen eingeleitet wurde. Mit zunehmender Brisanz von sozialen Fragen im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel erscheint es an der Zeit, wie beim Umweltschutz, politische Randthemen in den Fokus des politischen Interesses zu rücken, die ansonsten durch die „harten“ politischen Themen verdrängt werden. Ein Indiz erscheint im zunehmenden Interesse an der Familienpolitik, die jahrzehntelang das Dasein eines Annexes ohne Lobby führte.

Nach Darstellung einige Ansätze zur Bewusstseinsprägung mit Schwerpunkt bei der Jugendsensibilisierung, wurden noch Teilbereiche angesprochen, die im Rahmen der Systemanpassung auf Förderung der sozial Benachteiligten umgestellt werden müssten. Neben einem Paradigmenwechsel im **Sozialrecht vom subsidiären Defizitausgleich zur gezielten individuellen Förderung** wurde vor allem das deutsche Bildungssystem untersucht. Bildung als eine Schlüsselqualifikation steht immer noch unter der Prämisse der sozialen Herkunft. Als Gründe dafür wurden die mangelnde Förderung der Schüler an sich, denen kaum Grundlagenkompetenzen an die Hand gegeben werden, der Leistungsdruck, der Versagungsängste schürt, und die „Gettoisierung“ im deutschen Dreiklassensystem der Bildung umschrieben. Öffnende und fördernde Aspekte wurden diskutiert und Lösungsansätze, die es bereits in Projekten gibt, als flächendeckendes Angebot versucht.

Als besondere Probleme, die auf dem Weg der Förderung der sozial Benachteiligten, um sie gesundheitlich mit anderen Milieus gleichzustellen, wurden die mangelnde Lobby der sozialen Randgruppen in den politischen Gremien und die **grundsätzliche Schwerfälligkeit des deutschen Föderalismus** angesprochen.

Den mangelnden Einfluss der sozial Benachteiligten in den politischen Gremien könnte sich durch die Bewusstseinsformung zu sozialen Themen umwandeln lassen. Schwieriger erscheint die Lage allerdings bei der Betrachtung des Föderalismus in Deutschland. Dieser wird noch durch die von ihm hervorgerufene zersplitterte Lage in der Präventionspolitik, die **keinen koordinierenden Überbau** kennt, der zu gesamtgesellschaftlichen Konzeptumsetzungen beitragen könnte, in seiner Wirkung verstärkt.

Ein Problem ist die so genannte „**Ewigkeitsgarantie**“ des Föderalismus nach Artikel 79 III GG. Der Grundsatz der Beteiligung der nachgeordneten Hoheitsträger ist festgeschrieben, aber das Ausmaß bleibt der Disposition offen. Im Ergebnis wird der Föderalismus trotz seiner Nachteile auch Vorteile für die Prävention, ohne dass es einer Bundeskompetenz für Prävention, die wegen der **ressortübergreifenden Anlage der gesundheitlichen Förderung**, ohnehin nicht ohne intensive Abstimmungen und Kooperationen sinnvoll auszufüllen wäre. Ein Schritt in die richtige Richtung stellt das deutsche Forum für Gesundheitsförderung dar. Zur Schaffung einer koordinierenden Stelle zur Bewältigung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, wie der Förderung der sozial Benachteiligten, bedürfte es meiner Ansicht nach einer Stelle, die nicht einem Ministerium

angesiedelt ist, sondern eine **gemeinsame Entscheidungseinrichtung**, die verbindliche Vorgaben für Bund und Länder machen kann.

Als Beispiel wurde die Bundesversammlung zur Wahl des Bundespräsidenten angenommen. Schließlich wäre die Förderung der sozial Benachteiligten eine ebenso gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über alle Ressorts- und Kompetenzgrenzen hinausginge. Nach diesem Vorschlag könnten alle verbindlich in die Systemgestaltung eingebunden werden, so dass Beschlüsse als Gesetzesvorhaben in den entsprechenden Kammern auch bearbeitet werden.

Heute krankt das System noch an der **Zersplitterung der Kompetenzen**, deren Gebrauch allein in der Entscheidung des Inhabers liegt. Ein Anspruch auf Erlass von gesetzlichen Normen besteht grundsätzlich nicht.

Trotzdem wird sich eine notwendige Umstellung des Systems, um die soziale Benachteiligung als Auslöser gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zu reduzieren, sich nicht einfach realisieren lassen. Dem stehen neben den Widerständen im System selbst noch die **mangelnde Überzeugungskraft der Gesundheitsförderung** im Vergleich zu den medizinisch fokussierten Modellen und das noch geringe politische Gewicht der sozial benachteiligten Milieus gegenüber.

Trotz der Existenz von Verbänden von Patienten, Behinderten und auch Erwerbslosen (über Verdi) ist ihre Beteiligung am politischen Prozess nur rudimentär. Einen Bundesverband der sozial Benachteiligten oder der Sozialhilfeempfänger gibt es nicht. Niemand bekennt sich gerne freiwillig öffentlich, dazu zu gehören.

Die **soziale Scham** verhindert Solidarisierungen. Vereinzelte Vereine mit sozialen Zielen beziehen sich auf die Förderung von Personenkreisen zur Milderung ihrer Lage, aber weniger, um ihnen politisches Gewicht zu verleihen.

Diese Sachlage wird, anders als beim Umweltschutz, der keine Schamkomponente aufwies, sondern eher eine schamhafte Komponente zuwies, nicht dazu zu gehören, wohl mittelfristig keine Veränderung in der Lage der sozial Benachteiligten in der Tabakprävention herbeiführen.

Letztlich ist der **Entsolidarisierungsgedanke**, der mit der sozialen Scham der Betroffenen korreliert, ein gewichtiger Grund, einstweilen auf dem politisch unverfänglichen Weg der Verhaltensprävention unter Ablehnung einer gesellschaftlichen Verantwortung weiter zu gehen.

Nach der hier vertretenen Ansicht ließen sich die Grundrechte auch als Schutzansprüche der sozial Benachteiligten auslegen und würden nicht mit anderen Vorschriften des GG kollidieren. Dennoch fehlt es dieser Lesart der Grundrechte noch an politischer Brisanz, so dass nur die Hoffnung bleibt, das schlechte Resultate der Pisastudien, der Familienpolitik oder die Dringlichkeit des demografischen Wandels einige Teilbereiche des sozialen Systems auf Förderung umstellen helfen.

Aber wie trügerisch diese Hoffnung ist, zeigt die Charta der WHO, die mit großem Beifall aufgenommen wurde. In der Praxis wurde der Begriff der Gesundheitsförderung dem System der medizinisch – therapeutisch dominierten Prävention angepasst, und nicht das System der Gesundheitsförderung als Settingansatz. Obwohl ein Recht der sozial Benachteiligten auf gesundheitliche Gleichstellung mit den Menschen aus anderen Milieus aus den Grundrechten herleitbar erscheint, bedingt das noch nicht dessen Umsetzung. Zumal sich die Gesellschaft mit ihrer Stellung zur gesundheitlichen Förderung auf **Eigenverantwortung** kapriziert, bleibt es bei der vorherrschenden Auslegung, dass das Benachteiligen von sozialen Milieus in gesundheitlicher Hinsicht nicht den Grundrechten zuwiderläuft, weil es keine gesellschaftliche Verantwortung in Form einer Verursachung des gesundheitsschädigenden Verhaltens gibt. Sowohl an ihrer prekären Lage als auch für ihre schlechte Gesundheit seien sie selbst „schuld“.

Leider heißt Recht haben nicht auch gleichzeitig Recht bekommen. Bis zur sozialen und gesundheitsfördernden Auslegung der Grundrechte nach den Vorgaben der WHO wird noch unbestimmte Zeit vergehen, bis **sozial- und wirtschaftspolitische Problematiken** dazu zwingen werden.

Das wird wohl in absehbarer Zeit der Fall sein.

Schließlich wird das 21. Jahrhundert das Jahrhundert der sozialen Herausforderungen genannt. Vor allem jene werden es sein, die nach einem Jahrhundert der Wirtschaftserwägungen fürderhin Bedeutung für den **Fortbestand der Gesellschaften** erlangen werden, die sich im Zuge der **Globalisierung** vor mehr als nur wirtschaftliche Herausforderungen gestellt sehen.

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

III.

ACHE -Advisory Committee on Health Education-(1985). An Evaluation of the Effect of an Increase in the Price of Tobacco and a Proposal for Tobacco Price Policy in Finland in 1985 -87. Helsinki: Board of Health

AHRENS, D. (2000). Ökonomische Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

ALTGELD, T., WALTER, U. (1997). Do not hesitate, innovate. Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität. In: Altgeld, T., Laser, I., Walter, U. (Hsg.) Wie kann Gesundheit verwirklicht werden. Weinheim und München: Juventa 13 – 22

ALTGELD, T. & KOLIP, P. (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention – Was ist Gesundheitsförderung? Definitionen und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention . In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

ALBEE, G. W. & RYAN, K (1998). An overview of primary prevention. Journal of Mental Health 7, 441 - 449

AMERICAN FOR NONSMOKERS` RIGHTS (June 18, 1998). Fact Sheet

ANDRÉ, B. (1990). Das Sozialstaatsprinzip und seine Verankerung im Grundgesetz, Sozialer Fortschritt 1990, 1

ANEHENSEL, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. Annual Review of Sociology 18, 15 – 38

ASH- Action on Smoking or Health, Big Health squares up to Big Tobacco, and tells the Marlboro Man to butt out of smoking prevention campaigns, ASH Press, 24. Oct. 2002, www.ash.org.uk/html/press/021023.html vom 08. 08. 2004

BADURA, P. (1989). Der Sozialstaat, In: Die Öffentliche Verwaltung - DÖV 1989, 41

BADURA, P. (2005). In. Grundgesetz. Kommentar. Maunz, T./Dürig, G. (Hg.), München: C. H. Beck (MD)

BADURA, B. (1993). Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung- Sicht des Gesundheitswissenschaftlers In: Pelikan, J. M., Demmer, H. & Hurrelmann K. (Hsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa

BADURA, B. , PFAFF, H. (1996). Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 41, 619 – 643

BÄUERLE, D.(1996). Sucht und Drogen, Prävention in der Schule. München:

BAG- Bundesamt für Gesundheit (CH) (2000). Tabakprävention: Programm 2001 – 2005 Entwurf vom 26.05.2000. Bern: Bundesamt für Gesundheit

BAMMANN, K. & HELMERT, U.(1995). Gesundheitliche Risiken und Arbeitslosigkeit. Ergebnisse des Gesundheitssurveys der Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. In: Kunath, H., Lochmann, U., Straube, R., Jöckel, K.H., & Köhler, C.O. München: Medizin Verlag

BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

BARTA, A.; FAGERSTRÖM, K. (1997). Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht*, 43, 277 – 282

BAUER, H. (2002). Entwicklungstendenzen und Perspektiven des Föderalismus in der Bundesrepublik Deutschland. In: Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) 2002, 837

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

BENDA, E. (1995). In: Handbuch des Staatsrechtes der Bundesrepublik Deutschland, Band VIII, Isensee, J. & Kirchhof, P. (Hg.). Heidelberg und Karlsruhe: C. F. Müller

BECKER, M.H. (1986). The Tyranny of health promotion. Public Health Revue, 14, 15 -25

BECKER, N.; WAHRENDORF, J. (1998). Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981 – 1990, Springer Verlag. Berlin – Heidelberg

BELCHER, P. (1998). Public Health in der europäischen Gesundheitspolitik. Public Health Forum, 20, 4, 4-5

BERGER, P. A.; HRADIL, S. (Hsg.) (1990). Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. *Sonderband 7 der sozialen Welt*. Göttingen: Verlag Otto Schwarz und Co

BERTRAM, U. & KUHLMANN, J. (1995). Die Würde des Menschen und das Menschenbild der technischen Medizin. In: Kaupen-Haas, H. & Rothmaler, C. (Hg.), Doppelcharakter der Prävention, 49-56. Frankfurt a. M. : Mabuse

BEAUCHESNE, L. (1992). La Legalisation des drogues pour mieux en prevenir les abus. Montreal : Le Meridien

BEUCHESNE, L. (2000). Schadensbegrenzende Raucherpolitik in Kanada. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

BIEBACK, K.J.(1987). Inhalt und Funktion des Sozialstaatsprinzips, Jura 1987, 229 . Berlin – New York: Walter de Gruyter

BÖDECKER, W./ FRIEDEL, H./ RÖTTGER, C./SCHRÖER, A. (2002). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

BÖLLINGER, L. (2000). Rahmenbedingungen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

BORMANN, C. (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Empirische Analysen auf der Basis der Daten aus dem 1. Nationalen Gesundheitssurvey der Bundesrepublik Deutschland

BOYLE, P. (1997). Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: A review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki October 1996, Lung Cancer, 17, 1 – 60

BRAND, H./ SCHMACKE, N./ BRAND, A. (2003). Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Busse, R./ Leidl, R. Raspe, H./ Siegrist, J und Walter, U. (Hg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena: Urban und Fischer, 367 - 375

BREUER, R. (1990). Aufgaben des Staates. In: Handbuch des Staatsrechtes der Bundesrepublik Deutschland, Band IV, Isensee, J. & Kirchhof, P. (Hg.). Heidelberg und Karlsruhe: C. F. Müller

BROEKMANN, A. (2000). Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

BRÖSKAMP – STONE, U., KICKBUSCH, I., WALTER, U.(1998). Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Busse, R./ Leidl, R. Raspe, H./ Siegrist, J und Walter, U. (Hg.), Das Public Health Buch. München : Urban und Schwarzenberg (141-150)

BRÜNING, G. & KUWAN, H. (2002). Benachteiligte und Bildungsferne – Empfehlungen für die Weiterbildung. Bielefeld

BRYDE, B.O. (2003). Kommentierung zum Art. 79 GG, In: Grundgesetzkommentar. v. MÜNCH, I. & KUNIG, P. (Hg.). München: C. H. Beck

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

BÜHRINGER, G. (1998). Prävention In: Kreuzer, A. (Hsg.) Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, 445 – 487. München: Beck

BÜHRINGER, G. & BÜHLER, A. (2004). Prävention von Depression und Sucht. . In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

BURZAN, N. (2005). Soziale Ungleichheit – Eine Einführung in die zentralen Theorien, 2. Auflage. In der Reihe „Hagener Studentexte zur Soziologie. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften

BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (1998). Prävention durch Angst. Stand der Furchtappellforschung. Band 4, Köln: BZgA.

BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG/ (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, BZgA, Köln

BZgA (2003). Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. Eine Initiative im Rahmen des WHO-Projektes in Deutschland . BZgA, Köln

CASPI, A., BEGG, D., DICKSON, N., HARRINGTON, H.L., LANGLEY, J., MOFFITT, T. E. & SILVA, P. E. (1997). Personality differences predict health – risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 73, 1052 - 1063

CDC- National Center For Chronic Disease and Health Promotion (Ed.) (1998). Tobacco Information and Prevention Source. Asian Americans and Pazific Islanders and Tobacco. In www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1998/sgr-min-fs-asi.htm am 23.06.2004

CHOLLAT-TRAQUET, C. (1992). Women and Tobacco. Geneva: World Health Organisation YLANG, S. (1998).

DAHME, H.- J. & WOHLFAHRT, N. (1998). Gesundheitsförderung – ein Präventionskonzept im Wandel. In: Dahme, H.-J. und Wohlfahrt, N. (Hsg.) Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung, 20 – 39. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

DAHME, H.- J. & WOHLFAHRT, N. (1998a). Hat Gesundheitsförderung in einem wettbewerbsorientierten System überhaupt noch eine Chance? In: Dahme, H.-J. und Wohlfahrt, N. (Hsg.) Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung, 189 - 202. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

DHS - DEUTSCHE HAUPSTELLE für SUCHTGEFAHREN (Hsg.)(1994). Suchtprävention: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg: Lambertus

DHS - DEUTSCHE HAUPSTELLE für SUCHTGEFAHREN (Hsg.) (2003). Jahrbuch Sucht 2004

DIETLEIN, J. (1992). Die Lehre von den grundrechtlichen Schutzpflichten. Berlin: Verlag Humblot und Duncker

Di FRANZA, J. R.; RIGOTTI, N. A.; McNEILL, A. et al. (2000). Initial symptoms of nicotine dependance in adolescents. Tobacco Control, 9, 313 – 319

DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H., SCHULTE-MARKWORT E. (2000). ICD-10. Göttingen: Hofgrebe & Huber

DOLL, R. ; PETO, R. ; WHEATLEY, K. et al. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. BMJ, 309, 901 - 911

DOLL, R. (2000). Review – Fifty years of research on tobacco. Journal of Epideminology and Biostatics, 5, 321 – 329

DONNER, S. (2004). Immer mehr Frauen sterben an Lungenkrebs – Frauen sind empfindlicher gegenüber Zigarettenrauch. Rheinische Post, 02 Juni 2004. Düsseldorf: Rheinisch – Westfälischer Zeitungsverlag

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

DREHER, H., SCHWARZ, O. & DREHER, E. (1997), zu § 226a , Einwilligung in eine Körperverletzung. Kommentar zum Strafgesetzbuch. München: C. H. Beck

DREIER, H. (Hg.) (2004) Grundgesetz, Band I 2. Auflage, Tübingen: Mohr Siebeck Verlag

DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2002). Drogen- und Suchtbericht 2002, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2003). Drogen- und Suchtbericht 2003, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

EEIG – European Opinion Reserch Group (2003). Smoking and the Enviroment: Actions and Attitudes. Aus dem Internet: www.europaen.int/comm/health/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/eb582_smoking_env_en.pdf abgerufen am 02.07.2003

EKELES, T.& SEIFERT, W (1993). Migration und Gesundheit. Arbeitslosigkeit- und Gesundheitsrisiken ausländischer Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland. Sozialer Fortschritt, 42, 235-241

EKERTZ – HÖFNER, M. (2002). Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Alternativkommentar (AK), Denniger, E., Hoffmann-Riem, W., Schneider, H. P. und Stein E. (Hg.). Neuwied. Luchterhand

EPPING, V. (2004). Grundrechte, 2. Auflage. Heidelberg –Berlin: Springer

ERICHSEN, H. U. (1990) Allgemeine Handlungsfreiheit In: Handbuch des Staatsrechtes der Bundesrepublik Deutschland, Band IV, Isensee, J. & Kirchhof, P. (Hg.). Heidelberg und Karlsruhe: C. F. Müller

EWERT, D. & ALLEYNE, D. (1992). Risk of exposure to outdoor advertising of cigarettes and alcohol. *American Journal of Public Health*, 82, 6, 895 – 896

FALTERMAIER, T. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

FELDMANN, S.S. /FISHER, L (1998). Family antecedents of young adult health risk behavior: A longitudinal study. *Journal of Familiy Psychology*, 12, 66-80

FERNANDES, E. (1998). Multilingual tobacco warning. San Francisco Examiner, July 8, A1 YLANG, S. (1998).

FLAY, B. R., D'AVERNAS, J. R., BEST, J. A., KERSELL, M. W. & RYAN, K. B. (1983). Cigarette smoking. Why young people do it and ways of preventing it. In: Firestone, P. & McGrath, P. (Eds.) *Pediatric and adolescent behaviorial medicine* (pp 132 – 183). New York: Springer

FLICK, U. (2002). Innovation durch New Publik Health. Göttingen: Hogrefe

FORSCHUNGSVERBUND DHP (Hsg.) (1998). Die deutsche Herz- Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Bern: Hans Huber

FORS, S.W., CREPAZ, N., HAYES, D.M. (1999). Key factors that protect against health risks in youth: Further evidence. *American Journal of Health Behavior*, 23, 368-380

FUCHS, R. (2000). Entwicklungsbedingungen des Rauchverhaltens. In: Leppin, A. , Hurrelmann, K. , Petermann, H. (Hsg.). Jugendliche und Alltagsdrogen – Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied; Berlin: Luchterhand

GARNER, D.W. (1996). Banning tobacco billboards: The case of municipal action. *Journal of the American Medical Association*, 266, 3145 – 3148.

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

GEISSLER, R. (2006). Die Sozialstruktur Deutschlands – Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Wiedervereinigung, 4.Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

GENSICKE, T., PICOT, S., GEISS, S. (2006). Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligkeit und bürgerschaftlichem Engagement. <http://www.bmfsfj.de/kategorien/Publikationen/Publikationen.did=73430.html> (24.06.2006)

GINSBURG, K. R. (2003). Developing our future: Seeing and expecting the best in youth. *Jornal of Midwifery & Women´s Health*, 48, 167 – 169

GOLDSTEIN, M.B. & ENGWALL, D.B. (1992). The politics of prevention: Changing definitions of substance use/abuse. *Journal of Health and Social Policy*, 3, 3, 69 - 83

GOSTOMZYK, J.G (2003). Versorgungsleitungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hg.). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. 3. Auflage. Weinheim, München: Juventa (581 -593)

GRÖBEN, F./ BÖS, K. (1999). Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Erfahrungen – ein Querschnitt. Berlin: Edition Sigma

HAFT, F. (1990). *Strafrecht – Besonderer Teil*. München: C. H. Beck

HANESCH, W.; ADAMY, W.; MARTENS, R.; RENTSCH, D.; SCHNEIDER, U.; SCHUBERT, U. & WISSKIRCHEN, M. (1994). Armut in Deutschland, hsg. vom Deutschen Gewerkschaftsbund und paritätischen Wohlfahrtsverband in Zusammenarbeit mit der Hanns- Böckler- Stiftung. Reinbek: Rowohlt

HANESCH, W. (1998). Armut im Wohlstand: Bestandsaufnahme und sozialpolitische Strategien. In: Henkel, D. (Hsg.) *Sucht und Armut*, 223 -243, Opladen: Leske & Buldrich

HARSS, C. & MAIER, K. (1992). *Aktive Stressbewältigung für berufstätige Frauen*. Bremen: PAL

HEIMPEL, H. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Medizinstudium. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

HELFFERICH, C. (1990) „Nichtrauchermotivation“ von Jugendlichen. *Prävention*, 13, 2, 52-55

HELMERT, U. & MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (!998). Zur Prävalenz des Tabakrauchens bei Arbeitslosen und Armen. In: Henkel, D. (Hsg.). *Sucht und Armut*, 223 -243, Opladen: Leske & Buldrich

HENKEL, D. (1998). „Die Trunksucht ist die Mutter der Armut“- zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland von Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In: Henkel, D. *Sucht und Armut* (13 – 80). Opladen: Leske & Buldrich

HENKEL, D. (1999). Suchtrisiken und Behandlungschancen für Arbeitslose, Einkommensschwache und Obdachlose. In: Lamneck, L. & Luedke, J (Hsg.). *Der Sozialstaat zwischen Markt und Hedonismus?*, 270 – 293, Opladen: Leske & Budrich

HENKEL, D. (2000). Zum Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen: eine Auswertung des nationalen Gesundheitssurveys 1991/ 1992 der Bundesrepublik Deutschland, *Abhängigkeiten* 1, 2000

HENKEL, D. (2000a) Alkohol- und Tabakprävention für Arbeitslose, Arme und Obdachlose. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) *Präventive Sucht- und Drogenpolitik*. Opladen: Leske & Buldrich

HERZOG, R. (2005) zu Artikel 20 GG. In: *Grundgesetzkommentar*. v. MÜNCH, I. & KUNIG, P. (Hg.). München: C. H. Beck

HESELBERGER, D.(1989). *Das Grundgesetz. Kommentar für die politische Bildung*, Neuwied: Luchterhand Verlag

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

HÖRNING, K. H. ; MICHAÏLOW, M. (1990). Lebensstil als Vergesellschaftungsform. Zum Wandel von Sozialstruktur und sozialer Integration. In: Berger, P.A.; HRADIL, S.(Hsg.) Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Sonderband 7 der sozialen Welt. Göttingen: Verlag Otto Schwarz und Co, 501 – 521.

HORN, W.-R. (2001). Rauchen bringt's!? – Beratungsleitfaden für Kinder- und Jugendpraxen. *Kinder und Jugendarzt*

HÜBINGER, W. (1996). Prekärer Wohlstand: neue Befunde zu Armut und sozialer Ungleichheit. Freiburg: Lambertus Verlag

HÜLLINGHORST, R. (2000). Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

HÜLLINGHORST, R. (2007). Jugendliche sagen Nein zu Tabak und Alkohol. In: Neue Westfälische – Bielefelder Tageblatt vom 08.02.2007

HURRELMANN, K. (1993). Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim Basel: Beltz

HURRELMANN, K. & BRÜNDEL, H. (1997). Drogengebrauch Drogenmissbrauch Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

HURRELMANN, K. (1998). Tabakprävention und Tabakentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 44, 4-14

HURRELMANN, K. (2000). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa

HURRELMANN, K. (2004a). Interview zur internationalen Auswertung der WHO – Studie zum Drogenkonsum Jugendlicher zwischen 11 und 15 Jahren. In: Quadbeck, E.(Verf.) Jugend in Deutschland: Rauchen, trinken, kiffen – Internationale Studie belegt hohen Drogenkonsum. Rheinische Post, 02 Juni 2004. Düsseldorf: Rheinisch – Westfälischer Zeitungsverlag

HURRELMANN, K. (2004b). Ohne Besitzstand, Pragmatische Jugend – da liegt eine Chance für Rot-Grün. Der Tagesspiegel vom 02.08.2004, Berlin

HURRELMANN, K., KLOTZ, T. & HAISCH, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Interventionsformen. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

HRADIL, S. (2005). Soziale Ungleichheit in Deutschland, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

HUSTER, E. U. (1998). Gesundheit und soziale Ungleichheit in Europa. Veränderungen für Rahmenbedingungen für kommunales Gesundheitshandeln. *Das Gesundheitswesen* 60, 607 - 613

INGLEHARD, R. (1995). Kultureller Umbruch. Wertewandel in der westlichen Gesellschaft. Frankfurt: Campus

INTERNATIONAL AGANCY FOR RESEARCH ON CANCER (Hersg.) (2002) Tobacco Smoke and involuntary smoking. Summery of data reported and evaluation. *IARC Monographs on the Evaluation on the carcinogenic risk to humans*, I A R C , Lyon.
<http://monographs.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html> (01.07.2004)

ISENSEE, J. (2000) Das Grundrecht als Abwehrrecht und als staatliche Schutzpflicht In: Handbuch des Staatsrechtes der Bundesrepublik Deutschland, Band IV, Isensee, J. & Kirchhof, P. (Hg.). Heidelberg und Karlsruhe: C. F. Müller

JACKSON (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parents and personal risk factor. *Addictive Behaviors*, 20, 685 – 698

JARASS, H. (1989). Das Sozialstaatsprinzip im Artikel 20GG. In: Jarass, H. & Pierroth, B. (Hsg.) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. München: C. H. Beck

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

JARASS, H. (2006). Kommentierung der Grundrechte in Artikel 2, 3 und 12 GG. In: Jarass, H. & Pierroth, B. (Hsg.) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. München: C. H. Beck

JESSOR, R. ; TURBIN, M. S. ; COSTA, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788 – 800.

JUGERT, G., REHDER, A., NOTZ, P. & PETERMANN, F. (2002). Soziale Kompetenz für Jugendliche-Grundlagen, Training und Fortbildung. Weinheim und München: Juventa

JUNGE, B. (1998) Rauchen und Lungenkrebs bei Frauen: Werden die Männer überholt? Bundesgesundheitsblatt 41, 474 -477

JUNGE, B. (2001) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 2002*, Neuland, Geesthacht, 32 – 62

JUNGE, B., NAGEL, M. (1999) Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, 121 - 125

KAHL, H.; FUCHS, R.; SEMMER, N. & TIETZE, K. (1994). Einflussfaktoren auf die Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bei Jungen und Mädchen: Ergebnisse aus der Berlin-Bremen Studie. In: Kolip, P. (Hsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden*, 63-82, Weinheim: Juventa

KANDEL, D. B. (1996). The parental and peer context of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of drug issues*, 26, 289 – 315

KELLER, G. & HAFNER, K. (2003). Soziales Lernen will gelernt sein. Lehrer fördern Sozialverhalten. Donauwörth: Auer Verlag

KERSTEN, J. (1993). Homogenitätsgebot und Landesverfassungsrecht, DÖV 1993, 896

KESSLER, D., WITT, A. M., BAM, P. S., ZELLER, M. R., NATANBLUT, S. L., WIELKENFIELD, J. P., LORRAINE, C. G., THOMPSON, L. J. & SCHULTZ, W. B. (1996). The Food and Drug Administration's regulation of tobacco products. *New England Journal of Medicine*, 335, 13, 988 – 994

KICKBUSCH, I. (2003). Gesundheitsförderung In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Busse, R./ Leidl, R. Raspe, H./ Siegrist, J und Walter, U. (Hg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München und Jena: Urban und Fischer, 181-189

KIESELBACH, T. (1996). Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit . In Fachverband Sucht (Hg.), *Sucht und Erwerbsfähigkeit* (43-46) Geesthacht. Neuland

KITTNER, D. (2002) Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Alternativkommentar (AK), Denniger, E., Hoffmann-Riem, W., Schneider, H. P. und Stein E. (Hg.). Neuwied. Luchterhand

KEUPP, H. (1995). Gesundheitsdiskurse als Identitätspolitik. In: Kaupen-Haas, H. & Rothmaler, C. (Hsg.) *Doppelcharakter der Prävention*, 57 – 72. Frankfurt: Marbuse

KINDERSCHUTZBUND (2002). Soziale Benachteiligung hemmt das Lernen.
[http:// skh.de/pisa/dpa/02-01-19.htm](http://skh.de/pisa/dpa/02-01-19.htm), abgerufen am 26.06.2004

KLINK, F. (1993). Hilfesuchverhalten erwerbsloser Frauen. In: Mohr, G. (Hg.) *Ausgezählt: Theoretische und empirische Beiträge zur Psychologie der Frauenerwerbslosigkeit* (205-252). Weinheim: Deutscher Studien Verlag

KLOCKE, A. (1998). Reproduktion sozialer Ungleichheit in der Generationsabfolge. In: Berger, P. A. ; Vester, M. (Hsg.) *Alte Ungleichheiten – Neue Spaltungen*. Opladen: Leske & Buldrich; 211 – 229

KLOSTERHUIS, H. & MÜLLER –FAHRNOW, W. (1994). Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten in den alten Bundesländern. In: Mielck, A. (Hg.) *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen: Leske und Buldrich (319-330)

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

KLUGER, R. (1996). Ashes to Ashes. America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health and the Unabashed Triumph of Philip Morris. Alfred A. Knopf, New York. 443 – 444

KOHN, M. L. & SCHOOLER, C (Eds.) (1983). Work and personality. Norwood: Ablex

KOLIP, P. (2003). Ressourcen für Gesundheit. Potenziale und ihre Ausschöpfung . Das Gesundheitswesen, 65, 155-162

KONIETZKA, D. (1995), Lebensstile im sozialstrukturellen Kontext. Zur Analyse soziokultureller Ungleichheiten. Opladen: Westdeutscher Verlag

KORF, D., MÜLLER, G., FREEMAN, M., LETTINK, D. (1993). Drugtoerisme in de grensstreek. Amsterdam: Amsterdams Bureau voor Onderzoek en statistiek O+S

KRAUS, L. ; AUGUSTIN, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, 7 – 87

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. S. & LIVSON, N. (1992) Grundlagen der Psychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union. Beltz.

KRINGS, G. (2003). Grund und Grenzen grundrechtlicher Schutzpflichten, Universität zu Köln

KÜHN, H. (1993). Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und der Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma

KÜHN, H. & ROSEBROCK, R. (1994). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften: Eine Problemskizze. In: Rosenbrock, R., Kühn, H. & Köhler, B. M. (Hg.) Präventionspolitik : Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition Sigma

KUIPERS, S. B., MENSINK, C., de SWART, W. (1993). Jeugd en riskant gedrag: roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar. Utrecht: Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD)

KÜNZEL-BÖHMER, J., BÜHRINGER, G., JANIK-KONECNY, T. (1993). Expertise zur Primärprävention des Substanzmittelmissbrauchs. Band 20 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden- Baden: Nomos

KUWAN, H. (2002). Weiterbildung von bildungsfernen Gruppen. In: Brünning, G. & Kuwan, H. (2002). Benachteiligte und Bildungsferne - Empfehlungen für die Weiterbildung. Bielefeld

LAAR van, M. & OUYEN-HOUBEN van, M. (1995). Overlast door drugsgebruik: een literatuurstudie. Utrecht: Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD)

LAASER, U. / HURRELMANN, K. (2000). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Weinheim. Juventa 395-434

LAFFERT von, G. (1998). Rauchen, Gesellschaft und Staat. Wiesbaden. Gabler

LANGNESS, A., RICHTER, M. , HURRELMANN, K. (2005). Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der „Health-Behavior in School-aged Children“ Studie. Das Gesundheitswesen, 67 (6), 422-431

LAZARUS, R. S. (1991). Emotion and adaption. New York: Oxford University Press

LEICHTER, H.W. (1991). Free to be Foolish. Politics and Healthpromotion in the United States und Great Britain. Princeton: Princeton University Press

LENHARDT, U. (2003). Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11, 18 -37

LENHARDT, U. & ROSENBROCK, R. (1999). Modernisierungstrends betrieblicher Gesundheitspolitik? Konjunkturen arbeitsbezogener Prävention 1973-1998. In. Schmacke, N. (Hg.) Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie zur sozialen Medizin. Frankfurt a. M.: Verlag für akademische Schriften

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

LEPPIN, A. (1995). Gesundheitsförderung in der Schule In: Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P. E (Hsg.) Jugend und Gesundheit. München und Weinheim: Juventa

LEPPIN, A. & HURRELMANN, K. (2000). Prävention von Rauchen durch Kompetenzförderung: Welche Rolle spielt die schulische Umwelt? In: Leppin, A. ; Hurrelmann, K. & Petermann, H. (Hsg.) Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention

LEPPIN, A. & HURRELMANN, K. & PETERMANN, H. (2000). Schulische Suchtprävention: Status quo und Perspektiven In: Leppin, A. ; Hurrelmann, K. & Petermann, H. (Hsg.) Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied: Luchterhand

LEPPIN, A. (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention – Was versteht man unter Prävention? In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

LEWIT, E. M., KERREBROCK, N. & CUMMINGS, M. (1994). The impact of taxes and regulation on the use of tobacco products by teenagers. In: Salma, K. (Ed.), Tobacco and Health: Proceeding of the 9th World Conference on Tobacco and Health (217 – 220). New York: Plenum Press

LÜDKE, H. (1989). Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie der Lebensstile. Opladen: Leske & Buldrich

LYNCH, B.S. & BONNIE, R.J. (Eds.) (1994). Growing Up Tobacco Free, Preventing Nicotine Addiction Children and Youth. Committee on Preventing Nicotine Addiction in children and Youths, Institute of Medicine. Washington D.C. : National Academy Press

MAIWALD, E. & REESE, A. (2000). Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. Sucht Aktuell, 7, 8 – 12

MANSEL, J. (1993). Zur Reproduktion sozialer Ungleichheit. Soziale Lage, Arbeitsbedingungen und Erziehungsverhalten der Eltern im Zusammenhang mit dem Schulerfolg des Kindes. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie (ZSE) 13, 36-61

MARTINI, P. (1996). Artikel 1 Absatz 1 als Prinzip absoluter Rechtsgleichheit.

MAUNZ, T. (1990). Verfassungshomogenität von Bund und Ländern. In: Handbuch des Staatsrechtes der Bundesrepublik Deutschland, Band IV, Isensee, J. & Kirchhof, P. (Hg.). Heidelberg und Karlsruhe: C. F. Müller

Mc QUEEN, D.V. (2000). Strengthening the evidence base for health promotion. Health Promotion International, 16, 262-268

MEDICAL NEWS TODAY (2004). Causes of death in the USA, 04.02.2004. aus dem Internet www.medicalnewstoday.com/printerfriendlynews.php?newsid=6971 abgerufen aus dem Internet am 16.06.2004

MEIER, U. (1994). Die neue Beliebtheit? Familie der 90er Jahre. *Diskurs* 94, 6-13

MIELCK, A. (1994). Gesundheitliche Ungleichheit als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. In: Mielck, A. (Hsg.) Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Buldrich; 13 – 31

MIELCK, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber Verlag

MOORE, M. H. & GERSTEIN, D. R. (Eds.) (1981). Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition. Washington D.C.: National Academy Press

MOOSER, J. (1984). Arbeiterleben in Deutschland 1900 – 1970. Klassenlagen, Kultur und Politik. Frankfurt/Main: Suhrkamp

MOSEBACH, K., SCHWARTZ, F.W., WALTER, U. (2004). Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J.(Hsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Hans Huber

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

MÜLLER, H-P.(1997). Sozialstruktur und Lebensstile. Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit. Frankfurt/Main: Suhrkamp

MÜLLER, W. & HAUN, D.. (1994). Bildungsungleichheit im sozialen Wandel, In: KZfSS 46, 1-42

MÜNZ, A. (2003). Interkulturelles Lernen – Konzepte und Praxis in den Niederlanden. Beitrag zur Arbeitstagung „interkulturelles Lernen“. Akademie Remscheid, 17-19.11.2003

MURSWIEK, D. (2003). In: Grundgesetz, Kommentar zum GG. Sachs, M. (Hg.). München: C. H. Beck

NELSON, D., GIOVINO, G., SHOPLAND, D., MOWERY, P. et al. (1995). Trends in cigarette smoking among US adolescents, 1974 through 1991. *American Journal of Public Health*, 85, 34 – 40.

NEUBERGER, C. (1997). Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit und Armut auf Familien und Kinder – ein mehrdimensional empirisch gestützter Zugang. In: Otto, U. (Hsg.) Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien, 79 – 122, Opladen: Leske & Buldrich

NICKELS, C. (2000). Präventive Drogenpolitik der Bundesregierung. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

NÖCKER, G. & GRUNDMANN, D. (1999) Suchtprävention in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hg.) Jahrbuch 2000. Geesthacht: Neuland

NOWOTNY, T.E. & SIEGEL, M.B. (1996). California's tobacco control saga. *Health Affairs*, 15, 1, 58 – 72

NUTBEAM, D. (1996). Health outcomes and health promotion: defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 6, 58-60

OPPOLZER, A. (1986). Wenn du arm bist, musst du früher sterben. Arbeits- und Lebensbedingungen als Krankheitsfaktoren. Hamburg: VSA

OSE, D. & HURRELMANN, K. (2004). Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J.(Hsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Hans Huber

PETERMANN, F. & PETERMANN, U. (2000). Training mit Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe

PETERMANN, H und FISCHER, V. (2000). Wie effektiv ist schulische Suchtprävention? Ergebnisse der Leipziger Präventionsstudie. In: Leppin, A., Hurrelmann, K., Petermann, H. (Hg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention (141-161). Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand

PFAFF, H./ SLESINA, W. (Hg.) (2002). Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim und München: Juventa

PIEROTH, B. (2006). Die Gesetzgebung des Bundes- Gesetzgebungskompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern. In: Jarass, H. & Pierroth, B. (Hsg.) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. München: C. H. Beck

PIETZACKER, A. 1989 Zu den Voraussetzungen des Anspruches auf Gleichbehandlung nach Art. 3 I GG- JZ 1989, (305)

PINQUART, M. & SILBEREISEN, R. K., (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt*, 45, 135-190

PINQUART, M. & SILBEREISEN, R. K. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter . In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

PLAMPER, E., STOCK, S. & LAUTERBACH, K. (2004). Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J.(Hsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Hans Huber

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

PÖRKSEN, N. (2000). Ein Blick über den deutschen Tellerrand nach Europa. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

QUADBECK, E. (2004). Jugend in Deutschland: Rauchen, trinken, kiffen – Internationale Studie belegt hohen Drogenkonsum. Rheinische Post, 02 Juni 2004. Düsseldorf: Rheinisch – Westfälischer Zeitungsverlag

QUENTIN, G. & KOBUSCH, B. (1997). Wege zur gesundheitsfördernden Schule. Ein lokales Netzwerkprojekt setzt Impulse. Bielefeld: Umweltzentrum

RÖHRLE, B. (1999). Vorbeugen ist besser als Heilen. In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt, 13-26

ROEMER, R. (1993). Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic. Second Edition. Geneva: World Health Organisation

ROEMER, R. (2000). Sucht- und Drogenpolitik in der multikulturellen Gesellschaft der USA. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

ROSENBROCK, R. (1997). Gesundheitsförderung in Deutschland im Spannungsfeld von Gesundheitswissenschaften und Politik. In: Geiger, A.; Kreuter, H. (Hsg.) Handlungsfeld der Gesundheitsförderung- 10 Jahre nach Ottawa , 52 -63. Gamburg: G. Conrad

ROSENBROCK, R. / GERLINGER, T. (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber

ROSENBROCK, R. ; KÜHN, H. & KÖHLER, B. M. (1994). Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Ed Sigma

RÜFNER, W. (1984). Verfahren vor den Sozialgerichten. In: Sozialgerichtsbarkeit Zeitschrift (SGb), Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht. Meckenheim: Schmidt Verlag (914)

RÜFNER, W. (2005). Kommentierung zu Art. 3 GG. In: Bonner Kommentar zum Grundgesetz (BK). Dolzer, R., Vogel, K. & Graßhof, K. (Hg.). Heidelberg: C. F. Müller

RUFF, L. K., VOLLMER, T.; NOWAK, D.; MEYER, A. (2000). The economic impact of smoking in Germany, *Respiratory Journal* 16 (2000), 385 - 390

SACHVERSTÄNDIGENRAT für die KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001). Sondergutachten 2000/1: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Ziffer III.3 Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen, Kapitel 12: onkologische Erkrankungen, 60 – 112, Nomos, Baden-Baden

SACHS, M. (1996). Der Gleichheitssatz als eigenständiges subjektives Grundrecht. In: Festschrift (FS) für Friauf, Universität zu Köln

SACHS, M. (1997). Die Maßstäbe des allgemeinen Gleichheitsgrundsatzes. In: Juristische Schulung (JUS). München: C. H. Beck, 1997, 124

SACKSOFSKY, U., (1996). Das Grundrecht auf Gleichberechtigung . Eine rechtsdogmatische Untersuchung zu Artikel 3 Absatz 2 des Grundgesetzes, Schriften zur Gleichstellung der Frau, Band 1, 2. Auflage. Baden-Baden, Nomos

SCHACH, E. et al. (1994). Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. Eine Analyse anhand AOK- und Befragungsdaten. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz- Fb 708, Dortmund

SCHIECK, D. (2002). Kommentierung zu Artikel 20 GG (AK 64), In: Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Alternativkommentar (AK), Denniger, E., Hoffmann-Riem, W., Schneider, H. P. und Stein E. (Hg.). Neuwied. Luchterhand

SCHIMPL- NEIMANNS, / LÜTTIGER (1993). Die Entwicklung bildungsspezifischer Ungleichheit, In: ZUMA-Nachrichten 32

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

SCHNAPP, F.E.(2003). Kommentierung zu Artikel 20 GG. In: Grundgesetzkommentar. v. Münch, I. & Kunig, P. (Hg.). Band III. München: C. H. Beck

SELLS, C. W. & BLUM, R.W. (1996). Current trends in adolescent health. In: DiClemente, R.J., Hansen, W.B. & Ponton, L.E. (Eds.) Handbook of Adolescent Health Risk Behavior (pp. 5-34). New York: Plenum

SIEGRIST, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe

SIEGRIST J. & von dem KNESEBECK, O. (2004). Prävention chronischer Stressbelastung . In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

SCHMIDT, B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim: Juventa

SCHMIDT, B. (2000). Sucht- und Drogenpolitik als Baustein von Public Health. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske & Buldrich

SCHNABEL, P.-E. (1988). Krankheit und Sozialisation. Vergesellschaftung als pathogener Prozeß. Opladen: Westdeutscher Verlag

SCHNABEL, P.-E. (2001). Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung, Weinheim und München: Juventa – Verlag

SCHNABEL, P.-E. & HURRELMANN, K. (1999). Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheitsproblemen. In: Hurrelmann, K. (Hsg.) Gesundheitswissenschaften (99 – 124). Berlin: Springer

SCHNABEL, P.-E. (2004). Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. . In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

SCHOLZ, M., KALTENBACH, M. (1995). Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum bei 12- 13 jährigen Jugendlichen - eine anonyme Befragung bei 2979 Schülern. Gesundheitswesen, 57, 339-344

SCHULZE-FRELITZ, E. (2004). Kommentierung zu Artikel 20G. In: Kommentar zum Grundgesetz.. Dreier, H. Band 1. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag

SILBEREISEN, R. K. & KASTNER, P. (1985). Jugend und Drogen: Entwicklung von Drogengebrauch – Drogengebrauch als Entwicklung? In: Oerter, R. (Hg.) Lebensbewältigung im Jugendalter. Weinheim: Verlag Chemie, 192-219

SOMMERMAN, K.P. (2005) Kommentierung zu Art. 20 GG In: Das Bonner Grundgesetz , Kommentar. Mangoldt, H. v. , Klein, F. & Starck, C. (Hg.). Band II, München: Vahlen

SPANG, T. (2004). In den USA wird das Studium zum Privileg. Ein Bericht über Studiengebühren in den USA. Rheinische Post, 3 August 2004, Düsseldorf: Rheinisch-Westfälischer Zeitungsverlag

SPANG, T. (2004a). Amerika: Auf Diät. Aufgetischt – Essen Sie besser. Rheinische Post, 21. September.2004, Düsseldorf: Rheinisch-Westfälischer Zeitungsverlag

SPERLICH, S. ; MIELCK, A. Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialer epidemiologischer Erklärungsansätze. In: Helmert, U. ; Bammann, K. ; Voges, W. ; Müller, R. (Hsg.). Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim und München: Juventa Verlag, 27 – 41

STARCK, C. (2005).Kommentierung der Grundrechte. In: In: Das Bonner Grundgesetz , Kommentar. Mangoldt, H. v. , Klein, F. & Starck, C. (Hg.). Band II, München: Vahlen

STATISTISCHES BUNDESAMT (1996). Gesundheitswesen Fachserie 12. Reihe S3: Fragen zur Gesundheit, Metzler-Poeschel, Stuttgart

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

STATISTISCHES BUNDESAMT (2001). Gesundheitswesen Fachserie 12. Reihe S3: Fragen zur Gesundheit, Metzler-Poeschel, Stuttgart

STATISTISCHES BUNDESAMT (2004). Sozialausgaben 2000- 2002. Im Internet unter: www.destatis.de/cgi-bin/printview.pl abgerufen am 17.05.2004

SCHACH, E.; RISTER-MENDE, S.; SCHACH, S.; GLIMM, E. & WILLE, L. (1994). Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitssicherheit*, Dortmund: Wirtschaftsverlag

STEIN, E. (1988). Staatsrecht. Tübingen: Mohr

STERN, K. (1980) Die Grundrechte. In: Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland Band II, München: C. H. Beck

STERN, K. (1984). Das sozialstaatliche Prinzip. In: Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland Band I, München: C. H. Beck

TETTINGER, P. (2003) Kommentierung zu den Grundrechten. In: In. Grundgesetz , Kommentar zum GG. Sachs, M. (Hg.). München: C. H. Beck

TESH, S. N. (1990). Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy. New Brunswick: Rutgers

THAMM, M.; JUNGE, B. (2003). Tabak – Zahlen und Daten zum Konsum In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hsg.) *Jahrbuch Sucht 2004*, 37 – 61, Geesthacht 2003, Neuland Verlag

T'HOF van, L (1998). Intercultureel leren in de klas. Van A tot Z. Den Bosch: Projectgroep ICO

THOMAS, H. (2007) Das Recht der unerlaubten Handlungen. In: Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Palandt, O., Putzo, H und Thomas H. (Hg.). München: C. H. Beck

THUN, MJ; MYERS, DG.; DAY-LALLY, C. et al. (1997) Age and the exposure-response relationships between cigarette smoking and premature death in Cancer Prevention Study II. In: Shopland D: Changes in cigarette-related disease risks and their implications for prevention and control, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, 383 – 413

TNS EMNID, 2003 2004 – 398

TOBIAS, G.; BOETTNER, J. (Hsg.) (1992). Von der Hand in den Mund. Armut und Armutsbewältigung in einer westdeutschen Großstadt. Essen: Klartext Verlag

TOBLER, A., ROONA, M., OCHSHORN, P., MARSHALL, D., STREKE, A., STACKPOLE, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 275 - 336

TRABERT, G. (1995). Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe

TRESS, W. (1986). Die positive frühkindliche Bezugsperson. Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen, Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 36 (2), 51-57

TROJAN, A. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. . In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber

TROSCHKE von., J. (1998). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hsg.) *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim; München: Juventa

TYE, J.B., WARNER, K.E. & GLANTZ, S. A. (1987). Tobacco advertising and consumption: Evidence of a causal relationship. *Journal of Public Health Policy*, 8, 4, 492 -508.

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

USEPA – U.S. Environmental Protection Agency (1993). Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of U.S. Environmental Protection Agency, NIH Publication No. 93-3605 (pp. 6 – 13). Washington, D.C. : US Department of Health and Human Services.

VISMANN, C. (2002). Kommentierung zu Artikel 79 GG. In: In: Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Alternativkommentar (AK), Denniger, E., Hoffmann-Riem, W., Schneider, H. P. und Stein E. (Hg.). Neuwied. Luchterhand

VROMRAAD (2002). Smaken verschillen: Multicultureel bouwen en wonen. Advies 032. Den Haag: Vromraad

WALDEN, K, KRÖGER, C., KUTZA, R. KIRMES, J. (1998). Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 5. Klasse mit Informationen zu Nikotin und Alkohol. Hohengehren: Schneider

WALDEN, K. (2000). Sollten in Lebenskompetenzprogrammen geschlechtsbezogen unterschiedliche Inhalte zur Nikotinprävention vermittelt werden? In: Leppin, A. ; Hurrelmann, K. & Petermann, H. (Hsg.) Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied: Luchterhand

WALLER, H. (1991). Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer

WARNER, K.E. (1986). Smoking and Health Implications of a change in the federal cigarette excise tax. Journal of the American Medical Association, 255, 8, 1028 – 1032

WEIL, O. & McKEE, M. (1998). Setting priorities for health in Europe. European Journal of Public Health, 8, 256 – 258.

WELTE, R.; KÖNIG, H.H.; LEIDL, R. (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* 10, 31 – 38

WETTER, D. W., SMITH, S., KENFORD, S. et al. (1994). Smoking outcome expectancies: Factor structure, predictive validity, and discriminant validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 801 – 811

Weltgesundheitsorganisation WHO - (1983). Smoking Control Strategies in Developing Countries, Series 695. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO

Weltgesundheitsorganisation WHO - (1986). Ottawa – Charta for Health Promotion. Ottawa, Ontario/Canada

Weltgesundheitsorganisation WHO - (1997). Die Jarkarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Genf: WHO.

WHO-KOLLABORATIONSZENTRUM f. TABAKKONTROLLE (2004). Das Tabakproblem in Deutschland und politische Lösungsvorschläge.

[www.tabakkontrolle.de/pdf/das Tabakproblem in Deutschland und politische Lösungsvorschläge.pdf](http://www.tabakkontrolle.de/pdf/das_Tabakproblem_in_Deutschland_und_politische_Lösungsvorschläge.pdf)
abgerufen am 17.05.2004

WÖSSNER, J. (1972) Soziologie - Eine Grundlegung und Einführung, Wien-Köln-Graz : Verlag Hermann Böhlau Nachf..

USDHHS - US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1988) The Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General, US Government Printing Office, Washington, DC

USDHHS - U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1998) Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minorial Groups – African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders and Hispanic: A Report of the Surgeon General Atlanta, GA: U.S. Dpartment of Health and Human Services, Centers of Disease Controll and Prevention, National Center for Chronic Disease, Prevention and Heath Promotion, Office on Smoking and Health.

USEPA – US ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (1993). Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung cancer and other disorders: The report of the Environmental Protection Agency , NIH Publication No. 93 – 3605 (pp 6 – 13), Washington DC: US Department of Health and Human Services.

Literaturverzeichnis „ Rechtliche Strategien für die Tabakprävention“

YLANG, S. (1998). Nicotine studies find racial factor. Los Angeles Times, 7 July, 1, 12

YLANG, S. (1998a). Black, Latino smokers quit over price hikes, study says. Los Angeles Times, 31 July, A38

ZIMMER, R. (2002). Gesundheitsförderung im Kindergarten. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz, Jahrgang 45, Heft 12, Dezember 2002, 964 - 969

ZIMMERMANN, G. E. (1998). Formen von Armut und Unterversorgung im Kindes- und Jugendalter. In: Klocke A. & Hurrelmann K. (Hsg.). Kinder und Jugendliche in Armut, 51 – 71, Opladen: Westdeutscher Verlag

Klaus Henrichs
Brückenstrasse
47877 Willich
eMail: klaus.henrichs@gmx.de

Versicherung:

Ich versichere, dass ich die Dissertation ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in der gleichen oder ähnlichen Form noch keinem Prüfungsgremium vorgelegen hat.

Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Willich – Anrath, den 10.03.2008

Klaus Henrichs